Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 1½ Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction: Karolinenplatz 2. — Für Abonnement an Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21. — Für Inserate u. Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 6.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Dr. Bollinger. Dr. H. Ranke. Dr. v. Rothmund. Dr. v. Schleiss. Dr. Seitz. Dr. Winckel.

№ 4. 1887. 25. Januar. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karolinenplatz 2/0. Verlag: Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21. 34. Jahrgang.

Originalien.

Ueber Jodol.

Von Dr. *Otto Seifert*, Privatdocent in Würzburg.

Die Mittheilungen von Lublinski [1]) über die Jodolbehandlung der Larynxtuberculose veranlassen mich, auch meine eigenen Erfahrungen mit diesem Mittel bekannt zu geben. Lublinski hat seinen Kehlkopfkranken das Jodol rein in den Kehlkopf eingeblasen, anfangs 1—2 mal täglich, später mehrmals wöchentlich und unter dieser Behandlung die Geschwüre sich reinigen und in 2 Fällen zur Vernarbung kommen sehen. Reizungserscheinungen wurden dabei gar nicht beobachtet. Auch bei Ozaena und in dem mit Hypertrophie des Gewebes einhergehenden ersten Stadium derselben sah L. von der Anwendung des Jodols gute Erfolge. Als ich bei dem letzten Congress für innere Medicin in Wiesbaden das von Kalle & Cie. in Bieberich ausgestellte Jodol sah und durch die Liebenswürdigkeit der Aussteller eine Probe davon zur Verfügung gestellt bekam, nahm ich mir gleich vor, dieses Mittel zum Ersatze des Jodoforms bei den verschiedensten Krankheiten der Nase und des Kehlkopfs anzuwenden und bin diesem Vorsatze seither vielfach nachgekommen. Ganz besonders gut schien mir Jodol geeignet, bei der Tuberculose des Larynx dem Jodoform substituirt zu werden, nachdem ich eben damals einige schlechte Erfahrungen mit dem letzgenannten Mittel gemacht hatte. Einige Patienten nämlich mit Larynxtuberculose, denen ich Jodoform mit Borsäure und Morphium oder Jodoform pure eingeblasen hatte, verloren schon nach den ersten Applicationen ihren Appetit vollständig und wollten weiterhin, durch diese trübe Erfahrung abgeschreckt, von einer localen Behandlung überhaupt nichts mehr wissen.

Seit Mai vorigen Jahres wende ich nun bei der Mehrzahl meiner Patienten mit tuberculösen Ulcerationen des Kehlkopfs neben Cocainbepinselungen, soweit diese nöthig sind, um die Deglutitionsbeschwerden zu mildern, Einblasungen von Jodol an, nicht nur einmal, sondern mehrmals täglich. Es lernen ja die Patienten sehr leicht, mittels eines Pulverbläsers sich selbst die Medicamente in den Larynx zu bringen oder bei eigener Führung des Instrumentes von einem Anderen das Einblasen besorgen zu lassen, so dass man nicht nöthig hat, die Patienten täglich zu sich kommen zu lassen. Es war mir von Anfang an auffallend, wie sehr gut die Patienten diese Einblasungen vertrugen, wie sich die Geschwüre von dem zäh anhaftenden Secrete reinigten und bei einzelnen eine entschiedene Tendenz zur Vernarbung eintrat. Leider machte jedoch die gleichzeitige Lungenaffection so rasche Fortschritte, dass der Exitus lethalis eintrat, ehe ich mit voller Befriedigung auf den Erfolg der Therapie bezüglich der Larynxerkrankung blicken konnte, oder es entzogen sich die Patienten der weiteren Behandlung. Nur in einem Falle bestand eine Ausnahme. Es handelt sich um einen Patienten, der seit fast 3 Jahren bei mir in Behandlung steht.

H., Hausknecht, 35 Jahre alt, wurde im Jahre 1882 und 1884 an einer rechtsseitigen Rippenfellentzündung mit reichlicher Exsudatbildung behandelt; während der letzten Erkrankung stellten sich Heiserkeit, Husten, Auswurf und Nachtschweisse ein. Als Patient im Mai 1884 zu mir in Behandlung kam, waren nur noch Reste der Pleuritis nachweisbar, dagegen eine beträchtliche Infiltration der rechten Lungenspitze und eine ziemlich grosse tuberculöse Ulceration am rechten Stimmbande in Gestalt eines durch die Hälfte desselben hindurchgehenden queren Einrisses. Am linken Stimmbande keine Veränderungen. Unter Bepinselungen mit Kreosotglycerin, Einblasungen von Jodoform — Borsäure — Morphium heilte diese Ulceration vollständig aus, so dass nur noch eine zarte Narbe an Stelle des Einrisses zurückgeblieben ist. Die Heilung der Ulceration war nach ¼ jähriger consequenter Behandlung erfolgt, von diesem günstigen Resultate konnten sich meine Cursisten mehrfach überzeugen. Patient stellte sich von Zeit zu Zeit wieder vor, da ihm die alte Pleuritis und die Lungenaffection immer wieder Beschwerden machten.

Anfangs April 1886 kam Patient nach längerer Pause wieder zu mir mit der Klage über vermehrten Husten und Heiserkeit. Bei der Untersuchung des Larynx fand ich das rechte Stimmband, abgesehen von der oben beschriebenen Narbe, unverändert, dagegen eine frische tuberculöse Infiltration auf der Oberfläche des linken Stimmbandes, nahe der vorderen Commissur von dem Durchmesser ungefähr einer Linse, in der Mitte ulcerirt. Die Behandlung wurde wie früher eingeleitet, jedoch geändert, sobald ich vom Congress in Wiesbaden nach Hause gekommen und mit Jodol versehen war. Anfangs machte ich täglich Einblasungen von Jodol — Amylum (āā), nach kurzer Zeit aber, nachdem ich einmal probeweise festgestellt hatte, dass Jodol pure keine Reizungserscheinungen machte, applicirte ich fernerhin ausschliesslich (bei diesem und den anderen Kranken) das Jodol ohne weiteren Zusatz. Es war mir auffallend, wie schon nach einigen Tagen der Husten sich minderte, die Heiserkeit geringer wurde und die Infiltration zurückging. Nach kaum 3 Wochen war die kleine Ulceration völlig geheilt und von der früheren Infiltration nur eine ganz leichte eben erkennbare Röthung und Verdickung der Stimmbandoberfläche nachweisbar. Diese ging nach 14 tägigen Bepinselungen (täglichen) mit 50—80 Proc. Milchsäurelösung zurück.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich bemerken, dass auch ich zur Behandlung der tuberculösen Infiltrationen bei sonst noch in gutem Kräftezustand befindlichen Individuen der von H. Krause empfohlenen und bei der letzten Naturforscher-Versammlung besprochenen Anwendung der Milchsäure mich bediene. Mit Hilfe des Cocains lassen sich ja auch die concentrirten Lösungen der Milchsäure oder Milchsäure pure appliciren, ohne dass erhebliche Beschwerden für den Patienten daraus resultiren. Ich benutze zur Application der Milchsäure einfache Wattepinsel, die ich an der Kehlkopfsonde durch starkes Andrehen befestige, es lässt

[1]) Lublinski: Ueber die Jodolbehandlung der Larynxtuberculose. Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 51. 1886.

sich die Milchsäure damit sehr gut auf die infiltrirte Stelle so einreiben, wie es H. Krause verlangt.

Die Erfolge mit dieser Behandlungsmethode waren in drei Fällen recht zufriedenstellend.

Leider war der günstige Effect bei H. nicht von Dauer. Ich sah den Patienten den ganzen Sommer über nicht mehr, da er sich vollkommen wohl befand, die gleichzeitige Lungenerkrankung keine Fortschritte machte, und die Reste der Pleuritis keine Beschwerden mehr verursachten.

Anfangs November stellte sich Patient wieder vor mit der Klage über heftige Hustenattaquen zumal des Nachts, Heiserkeit, Nachtschweisse.

Es hatte sich am linken Taschenbande, nahe der Stelle, an der vorher die Infiltration des Stimmbandes ihren Sitz gehabt hatte, eine tuberculöse Infiltration entwickelt, die ziemlich dicht dem Stimmband auflagerte als kleiner ovaler röthlicher Wulst und an der Oberfläche schon ulcerirt war.

Schon nach 3 maliger Application des Jodols nahmen Husten und Heiserkeit ab, obgleich die objectiv nachweisbaren Veränderungen im Larynx sich wenig geändert hatten. Erst nach dreiwöchentlicher consequenter Behandlung heilte die kleine Ulceration und die Infiltration verkleinerte sich, ohne jedoch ganz zurückzugehen.

Die Nachtschweisse konnten durch Agaricin, 0,01 pro dosi, (in Pillenform) unterdrückt werden.

Seither steht Patient in dauernder Beobachtung bei mir, von Zeit zu Zeit kommen wieder stärkere Beschwerden, die Infiltration tritt wieder deutlicher zu Tage, nach 3—4 Jodoleinblasungen jedoch findet sich wieder der gleiche günstige Einfluss der Behandlung in Betreff der subjectiven Beschwerden wie früher.

Ich muss demnach vermuthen, dass an der unteren Fläche des Taschenbandes die Ulceration sich ausbreitet und von Zeit zu Zeit, sobald die Behandlung ausgesetzt wird, auch auf die Kante des Taschenbandes übergreift. Leider macht die Lungenaffection jetzt so rasche Fortschritte, dass die ganze Affection nicht mehr lange in Beobachtung bleiben wird.

Es kam also eine definitive Heilung der einen tuberculösen Ulceration am rechten Stimmband durch Kreosot-Glycerin und Jodoform-Borsäure zu Stande, eine vollständige Heilung der Ulceration am linken Stimmband durch Jodoleinblasungen, völlige Entfernung der Reste der Infiltration an dieser Stelle durch Milchsäurebepinselungen und zeitweise Heilung der Infiltration und Ulceration am linken Taschenbande durch Jodoleinblasungen.

Dass das Jodol kein souveränes Mittel zur Behandlung der Larynxtuberculose darstellt, hebt Lublinski in seinem Aufsatze besonders hervor, da man auch durch anderweitige Mittel den gleichen Erfolg erzielen kann, wie das auch der von mir eben skizzirte Krankheitsfall zeigt. Es hat aber das Jodol gerade vor dem Jodoform, das ja bisher so vielfach benützt wurde, so grosse Vorzüge wegen seiner nahezu vollständigen Geruchlosigkeit und wegen seines geringen Geschmacks, bedingt ausserdem gar keine Reizungserscheinungen und legt sich in so schöner gleichmässiger Schichte auf die erkrankten Partien auf, dass ich glaube, mit Lublinski das Jodol für die Behandlumg der Lungentuberculose warm empfehlen zu dürfen.

Nicht nur zu dem genannten Zwecke, auch für manche andere Krankheitsprocesse verdient das Jodol Anwendung zu finden.

Ich wende seit April vorigen Jahres das Jodol an bei der Rhinitis atrophicans und zwar lasse ich täglich einblasen, nachdem die betreffende Nasenhälfte den Gottstein'schen Wattetampon 1—2 Stunden getragen. Ich finde, dass unter dieser Behandlung am Besten die Krustenbildung und die Zersetzung des Secretes verhindert wird, und darauf allein kann ja bei den hochgradigen Fällen von Rhinitis atrophicans unser Bestreben gerichtet sein, eine Heilung könnte da, wo das knöcherne Gerüste der Nasenmuscheln schon atrophirt ist, nie erwartet werden. Dazu kommt noch der vollständige Mangel an Reizungserscheinungen, wie man sie bei Anwendung anderer pulverförmiger Substanzen: Borsäure, Jodoform etc. findet. Aber auch bei jenen Formen, wie sie Lublinski im Auge hat, bei denen neben Hyperplasien sich atrophische Stellen finden, bei denen man zur Annahme berechtigt ist, dass die Hypertrophie das erste Stadium der späteren Rhinit. atrophicans darstellt, sah ich guten Erfolg von der Jodolbehandlung. Ich habe Fälle gesehen, bei denen das Secret sehr spärlich und zäh und schon die Neigung zur Zersetzung und Krustenbildung vorhanden war, und einzelne allerdings sehr seltene Fälle, die durch abnorm reiche Secretion sich auszeichneten, alle besserten sich unter der Jodolbehandlung. Freilich ist für diese die Zeitdauer der Beobachtung noch zu kurz, als dass ich von einer definitiven Heilung, die man ohne Zweifel in solchen Fällen erreichen kann, sprechen könnte.

Von jenen letztgenannten Fällen sei nur einer kurz skizzirt. Eine 22jährige Dame leidet seit einem Jahre an Husten, Schnupfen, Kopfschmerzen. Der Schnupfen ist ihr besonders lästig geworden in den letzten Wochen dadurch, dass die Nase fortwährend eine wässerige Flüssigkeit absondert, so dass Patientin mehrere Taschentücher täglich gebrauchen muss. Durch diese vermehrte Absonderung hat auch der Naseneingang, die Nasenspitze und die Oberlippe eine unangenehm stark in die Augen fallende Röthung bekommen. Ferner wird sie seit dieser Zeit sehr belästigt durch Stirnkopfschmerzen, die sie an der Arbeit hindern.

Seit 5 Wochen steht Patientin bei mir in Behandlung. Ich constatirte Atrophie der unteren, unregelmässige Hypertrophien an dem Schleimhautüberzug der mittleren Muscheln und eine profuse wässerige Secretion aus beiden Nasenhälften.

Ich versuchte anfangs die Nasenaffection durch Arg. nitr.-Einblasungen zu behandeln, allein hiedurch wurde die Sache nur schlimmer, es trat erst Besserung ein, als ich mit Jodoleinblasungen begann, die von der Patientin ungemein wohlthuend empfunden wurden, so dass dieselben jetzt von ihr selbst täglich mehrmals vorgenommen werden, sobald wieder stärkere Secretion sich zeigt. Unter dieser Behandlung nahmen auch Husten und Kopfschmerzen ganz bedeutend an Intensität ab, insbesondere freut sich Patientin über die Abnahme der letzgenannten Beschwerden.

Ausser bei Rhinitis atrophicans der verschiedenen Form gebrauche ich noch das Jodol bei allen meinen Patienten, bei denen ich rhino-chirurgische Eingriffe vorgenommen habe, insbesondere nach galvanocaustischen Aetzungen, mögen dieselben zur Zerstörung hyperplastischen Gewebes oder zur Zerstörung des Mutterbodens von Polypen vorgenommen sein, immer geschieht die Nachbehandlung mit Jodoleinblasungen. Es liegt auch hier der Vorzug des Jodols in der Geruchlosigkeit, Reizlosigkeit und Desinfectionsfähigkeit des Mittels und Einschränkung der Secretion, die ja nach ausgedehnten galvanocaustischen Aetzungen sich stets sehr unangenehm bemerkbar macht.

Eine weitere Anwendung findet das Jodol noch bei den syphilitischen Ulcerationen des Nasenrachenraumes. Ich habe in letzter Zeit 2 Fälle derart behandelt, bei denen es sich um grosse Ulcerationen an der Hinterwand des Pharynx von der Höhe des weichen Gaumens bis an's Dach der Rachenhöhle handelte. Bei diesen Kranken reinigte ich erst mittels einer Spritze den Nasenrachenraum von der Mundhöhle aus und brachte mit einem geraden Pulverbläser, nachdem ich mittels des Voltolini'schen Gaumenhakens den Gaumen abgezogen hatte, das Jodol in grosser Quantität auf die Geschwürsfläche. Das Jodol bleibt längere Zeit auf dem Untergrunde haften, ohne unangenehme Erscheinungen zu machen, die Geschwüre reinigen sich und vernarben rasch. Natürlich muss nebenbei auch die entsprechende allgemeine Therapie eingeleitet werden.

Weiterhin mache ich Gebrauch vom Jodol in Pulverform bei Ulcus molle, bei Bubonen zum Verband, dann auch bei

Stichelungen von Acnepusteln, indem ich die kleinen Wunden mit einer dünnen Schichte Jodols bepudere.

In den letzten Tagen machte ich auch einen Versuch, das Jodol innerlich zu geben, ebenfalls an Stelle des Jodoforms.

Bisher benützte ich nämlich bei Struma hyperplastica Jodoform in Pillen (zu 0,01 3 Stück täglich) neben Jodeinpinselungen oder ohne solche und war bei jenen Individuen, welche das Jodoform in dieser Weise gut vertrugen, sehr zufrieden mit dem Endresultate. Es kommen freilich Patienten vor, denen das Jodoform höchst lästige Digestionsbeschwerden macht, so dass man von diesem Mittel absehen muss.

Am 6./I. stellte sich bei mir eine Patientin vor mit einem substernalen Struma, das einen erheblichen Druck auf die Trachea ausübte, so dass Patientin an Athmungsbeschwerden litt.

Obgleich der Knoten mehr an der rechten Seite der Trachea sass, war doch kein Druck auf den Recurrens vorhanden, wie die laryngoscopische Untersuchung ergab. Der Halsumfang betrug 34,5 cm.

Ich verordnete Jodol 3,0
p. et suc. liq. āā q, s.
m. f. m. pil. e. q. form. pil. Nr. 30
Ds. 2 mal täglich 1 Stück zu nehmen.

Patient sollte also pro die 0,2 Jodol nehmen.

Am 10./I. liess ich mir den Urin kommen und konnte darin Jod mit den gewöhnlichen Reactionen nachweisen.

Es war mir nun von Interesse, da hierüber noch wenig Untersuchungen vorliegen, zu prüfen, wie sich das Jodol in Bezug auf seine Ausscheidung aus dem Organismus verhält. Ich nahm selbst 0,5 Jodol ein, ohne dass sich irgendwelche Digestionsstörungen oder Erscheinungen von Jodintoxication ergaben und konnte merkwürdigerweise erst nach 12 Stunden Jod im Urin und Speichel nachweisen, die stärkste Reaction und der Jodgeschmack im Munde traten erst nach 18 Stunden auf. Die Ausscheidung von Jod dauerte 3 volle Tage.

Die ausführlichen, hierauf bezüglichen Untersuchungen sollen, da sie genügend praktisches und theoretisches Interesse darbieten, auf meine Anregung hin im Laboratorium des Herrn Professor Kunkel, der sich mit mir für diese Frage interessirt, ausgeführt werden von Herrn von Schaewen unter Benützung des von mir schon gegebenen und noch weiterhin zu sammelnden Materiales.

Soviel geht aus der wenn auch geringen Zahl meiner eigenen Vorversuche hervor in Uebereinstimmung mit den von Pick[2]) gemachten Erfahrungen, dass Jodol nur langsam resorbirt wird und erst nach der doppelten bis dreifachen Anzahl von Tagen aus den Secreten verschwunden ist wie das Jodkali.

Entgegen den Beobachtungen von Pick konnte ich Jod auch nach der Anwendung des Jodols auf Ulcerationsflächen im Urin nachweisen. Dabei ist freilich der Einwand zu machen, dass es sich um Geschwüre in Nase und Kehlkopf handelte, bei denen ein Verschlucken eines Theiles des Mittels nicht ausgeschlossen ist.

Ob innerlich Jodol gut vertragen wird und in jenen Fällen vor dem Jodkali den Vorzug verdient, in welchen es auf eine länger dauernde, nicht allzu intensive Jodwirkung ankommt, das sollen meine weiteren Untersuchungen lehren, über welche Herr von Schaewen berichten wird.

Operation eines verkalkten Empyems.

Mitgetheilt im ärztlichen Bezirksvereine Bamberg von *Dr. Wetzel.*

Es ist bekannt, dass lange bestehende eitrige Exsudate seröser Höhlen sich immer mehr eindicken und dass dann durch Einlagerung von kohlensauren und phosphorsauren Salzen eine theilweise Verkalkung des Exsudates und auf diese Weise eine Art Spontanheilung zu Stande kommen kann, wobei der Eiter in Folge der Starrheit und Undurchlässigkeit der das Exsudat einhüllenden »pyogenen Membran« keine üblen Folgen mehr auf das Gesammtbefinden ausübt und Tuberculose oder amyloide Degeneration der inneren Organe vermieden werden können. Besonders bei abgelaufenen Empyemen bildet eine derartige Verkalkung keinen gerade seltenen Befund, doch trifft man derartige Präparate meist nur bei Obductionen; nicht häufig aber dürfte es vorkommen, dass Kalkconcremente bei bestehender Brustfistel sich bilden und nach der Operation des Empyems am Lebenden extrahirt werden können. Es kann sich in solchen veralteten Fällen ja nur um die Resection mehrerer grösserer Rippenstücke handeln, um das Empyem durch Einsinken der Thoraxwand zur Heilung zu bringen, und ist dieses Verfahren theils aus theoretischen Erwägungen theils aus praktischen Erfolgen als einzige zum Ziele führende Methode zur Genüge dargethan. Im Verlaufe der Heilung kann die Wiederholung der Operation nöthig werden, da sich der Grad der Verkleinerung der Brusthöhle durch die Rippenresection ja doch nicht mathematisch genau voraussagen lässt, und wird somit an die Ausdauer der Patienten zuweilen eine hohe Anforderung gestellt, andrerseits aber wird jenem der Entschluss zur Operation erleichtert, da ihm der Effect derselben, die Verkleinerung der eiternden Höhle, conform mit der Hebung der Körperkräfte ad oculos demonstrirt werden kann. Nachstehender Fall scheint mir einer kurzen Schilderung an dieser Stelle werth zu sein.

G. W., 60 Jahre alt, Gemeindediener, erkrankte vor 4 Jahren an einer fieberhaften Affection, an die sich nach einigen Wochen die Bildung einer Geschwulst in der linken Seite anschloss. Patient eröffnete dieselbe selbst mit dem Rasiermesser und entleerte eine Menge Eiter. Seit dieser Zeit leidet er an einer Fistel, aus der sich zeitweise durch Pressen viel Eiter entleeren lässt. Patient, der seinem Amt bisher vorgestanden ist, fängt nun an stark herunterzukommen, und über Athemnoth, Herzklopfen, Schwäche und Appetitlosigkeit zu klagen.

Status präsens. Grosser, hagerer Mann. Linke Thoraxhälfte ohne Excursion beim Athmen, alle Intercostalräume links sehr genähert. Auf der ganzen linken Seite absolute Dämpfung, abgeschwächtes Athmen und Pectoralfremitus, LO hohes Bronchialathmen, Herzdämpfung nicht zu differenciren, Herzstoss nicht zu fühlen. Herztöne frequent, schwach, ohne Geräuch. Links im 7. Intercostalraum etwas nach aussen von der Mamillarlinie eine Fistel, aus der beim Pressen des Exploranten Eiter herausläuft. Die Sonde dringt ohne Widerstand in ganzer Länge horizontal in die Tiefe; dabei verspürt man am unteren Rande der Fistel rauhen Knochen. Urin eiweissfrei.

Die Diagnose lautete demnach: Altes Empyem, Caries einer Rippe, wie angenommen wurde, der achten.

1884 5. März. Operation. Schnitt auf die 8. Rippe, an der die Caries vermuthet wurde. Dieselbe zeigt sich völlig gesund. Ebenso die 7. Es wurde nun genau mit der Sonde nachgefühlt und Knochenrauhigkeit zweifellos gefühlt; daher entstand momentan die Annahme, es möchte eine Rippe in ihrer Continuität durch Caries ganz zerstört und nach innen gedrängt worden sein. Da der Raum zwischen den Rippen ungemein eng war, und ohnediess Rippenresectionen vorgenommen werden mussten, so wurde ein circa 6 cm grosses Stück der 8. und dann auch der 7. Rippe resecirt, was erst gelang, nachdem die Fistelöffnung, durch die bei jedem Druck sich Eiter entleerte und das Operationsfeld überfluthete, durch 2 Sperrpincetten geschlossen worden war. Darnach wurde die Pleura gespalten und es zeigt sich nun nach Entleerung einer Menge Eiters, dass die gefühlte Rauhigkeit durch eine Kalkplatte hervorgerufen wurde, welche nun mit der Kornzange leicht extrahirt werden konnte. Mit Finger und Kornzange wurde nun eine ganze Reihe solcher Platten grösseren und kleineren Kalibers entfernt, doch spottete das Gros derselben jedem mit mässiger Gewalt unter-

[2]) Vierteljahrschrift für Dermat. u. Syphil. 1886. Heft 4.

nommenen Extractionsversuch. Um nun nicht gefährliche Complicationen, wie Verletzungen von Zwerchfell, Pleura oder Herzbeutel, oder stärkere Blutung, zu riskiren, deren Einfluss auf den ohnehin stark geschwächten Mann leicht verhängnissvoll hätte werden können, wurde die Operation beendet, wobei man die Möglichkeit offen liess, dass sich unter den veränderten Bedingungen, unter die nun die Pleura gesetzt wurde, eine spontane Lockerung der Kalkconcremente einstellen könne, die die spätere Extraction möglich mache, analog, wie nach jeder Empyemoperation in den ersten Tagen eine massenhafte Exfoliation der Exsudatmembran beobachtet wird. Drainage, antiseptischer Verband, nach vorheriger Ausspülung mit schwacher Carbolsäurelösung.

Patient vertrug diesen Eingriff ziemlich gut. Während die Wunde zu granuliren begann, wurden aus der Pleurahöhle mehrere Kalkplatten, die sich nun ablösten, extrahirt. Eigenthümlich ist aber, dass sich bei dem Patienten, der früher reine Herztöne zeigte, kurz nach der Operation bei relativem Wohlbefinden an der Spitze und an der Aorta systolische Geräusche vernehmen liessen, welche zugleich mit einem unter Tags auftretenden leichten Oedem der Füsse, obwohl der Urin eiweissfrei war, doch einige Besorgniss erregte. Indess gingen diese Erscheinungen wieder vorüber, es trat aber im weiteren Verlauf leider eine sehr schmerzhafte Perichondritis (nach neueren Anschauungen handelte es sich wohl um einen tuberculösen Process) der untersten Rippenknorpel auf, welche zur Erweiterung der vorhandenen Wunde nach vorne, Extraction eines Knochensequesters, der sich wahrscheinlich in Folge der Rippenresection gebildet hatte, und Ausschabung von zum Rande des Rippenbogens führenden Fistelgängen nöthigte. Diese Operation wurde am 16. September ausgeführt, und damit die Entfernung aller noch erreichbaren Kalkplatten aus der Pleurahöhle verbunden. Während nun der Patient einige Wochen nach der ersten und kurz nach der zweiten Operation seinen Dienst als Gemeindediener, als welcher er auch das Ausrufen von Bekanntmachungen zu besorgen hatte, wieder versehen konnte, gelang es, nachdem der Thorax sehr beträchtlich eingesunken war, in der nun bedeutend verkleinerten Höhle mit der Sonde noch weitere Kalkconcremente nachzuweisen und wurde, da zugleich ein Stillstand in der Verkleinerung der Pleurahöhle eingetreten war, am 2. März 1885 eine weitere Operation vorgenommen. Es wurden erstens die noch vorhandenen Fisteln, deren eine von der Operationsnarbe nach unten, die andere nach oben führte, ausgeschabt und Gegenöffnungen angelegt, ferner wurde nach Resection eines grossen Stückes der 6. Rippe die Pleura an dieser Stelle eröffnet, da die frühere Oeffnung zu eng geworden war und durch Hinaufsteigen des Zwerchfells eine schiefe Richtung angenommen hatte. Um noch mehr Platz zu gewinnen, wurde ferner noch der vorderste Theil (3—4 cm) der früher resecirten 8. Rippe entfernt und nun mit grossem Kraftaufwand die Entfernung der noch vorhandenen Kalkconcremente in der Weise bewerkstelligt, dass die in der Gegend der Wirbelsäule fest aufsitzenden Platten mit einem langen Simon'schen scharfen Löffel abgehebelt und mit dem Finger oder der Kornzange extrahirt wurden. Eine Kalkplatte sass in dem Winkel zwischen Herzbeutel und Brustwand ungemein fest auf und musste mit dem Raspatorium frei gemacht werden. Auf diese Weise konnte die Brusthöhle definitiv gesäubert werden.

Seit dieser Zeit machten nur von Zeit zu Zeit die auf die Rippenknorpel führenden Fisteln eine Ausschabung oder eine Eröffnung eines Abscesses nöthig, ohne jedoch Berufsstörungen zu veranlassen.

Zur Zeit befindet sich Patient in einem sehr befriedigenden Zustand. Er hat keine Athembeschwerden, kein Herzklopfen, Appetit und Schlaf sind normal, und das Körpergewicht hat seit der ersten Operation um 10 Pfund zugenommen. Die Fisteln sind geheilt, dagegen ist die Pleurahöhle noch nicht abgeschlossen und fasst noch etwa 2 Esslöffel voll Wasser. An die Stelle der früheren Dämpfung und der Veränderungen des Athmungsgeräusches ist nun normaler Lungenschall und Vesiculärathmen getreten. Der Thorax ist bedeutend eingesunken und hat sich eine ziemliche Scoliose ausgebildet.

Was nun die extrahirten Kalkplatten betrifft, so sind deren neben einer Menge kleinerer auch eine Reihe grosser Stücke vorhanden. Die Summe derselben wiegt in völlig trockenem Zustande circa 60 g, das grösste Stück etwa 4 g. Dieselben sind knochenhart, unregelmässig zackig und mit drusigen Protuberanzen besetzt, theilweise durchlöchert. Sie sind in maximo 5,5 cm lang, 2,5 cm hoch und 0,8 cm dick. Die Platte, welche dem Herzbeutel anlag, ist 4,3 cm lang, 3 cm hoch, bis zu 0,6 cm dick. Die der Brustwand zugekehrte Fläche zeigt den Rest einer eingetrockneten Membran, die nach innen gekehrte Seite ist theilweise von kreidigem Ansehen, während der übrige Theil ein mehr gelbliches Ansehen hat. Uebergiesst man ein Partikelchen mit Salzsäure, so findet eine lebhafte Gasentwicklung statt, welche auch unter dem Mikroskop beobachtet werden kann.

Bezüglich der nach der ersten Operation aufgetretenen Herzgeräusche und der Anschwellung der Füsse erlaube ich mir die Ansicht auszusprechen, dass dieselben wohl nicht nur als anämische Erscheinungen aufgefasst werden sollen. Es ist mir wahrscheinlicher, dass, da das Herz, und zwar wegen der langen Dauer der Erkrankung wohl rechter und linker Ventrikel, sich wohl sicher im Zustande der Hypertrophie und Dilatation befunden hat, wobei in der letzten Zeit die Dilatation in den Vordergrund getreten sein wird, mit dem Wegfall des Druckes des Exsudates eine etwas stärkere Dilatation dieses Hohlmuskels, und damit eine relative Insufficienz der Klappen zu Stande gekommen ist, die sich dann mit dem Kräftigerwerden des Herzens wieder verlor. Viel häufiger trifft man es ja, dass mit der Operation umgekehrt ein früher vorhandenes Geräusch verschwindet.

Zur Behandlung der Empyeme erlaube ich mir ferner noch einige Bemerkungen. Es kann meiner Ansicht nach nicht dringend genug empfohlen werden, jeder Empyemoperation mittelst Schnitt, also auch in noch nicht veralteten Fällen, eine, oder bei grossen Empyemen, auch zwei Rippenresectionen voranzuschicken, und dann erst die Pleura zu eröffnen. Entgegen dem noch vielfach geübten Verfahren mittelst einfachen Schnittes in einem Intercostalraum hat dieses den grossen Vortheil, dass die Heilung entschieden beschleunigt wird und dem Patienten viele Unannehmlichkeiten erspart werden, die bei fortschreitender Heilung durch die Schwierigkeit des Einführens des Drainrohres in den enger und enger werdenden Intercostalraum bedingt sind. Zudem ist man ja auch beim einfachen Schnitt manchmal gezwungen, die Resection eines Rippenstückes nachfolgen zu lassen, sei es, dass dies durch das Aneinanderrücken der Rippen geboten ist, sei es, dass, wie ich in einem Falle sah, durch den Druck des Drainrohres Caries eingetreten ist. Ein in neuester Zeit empfohlenes Verfahren, das darin besteht, dass zur Aufnahme des Drains aus der oberen und unteren Rippe ein halbkreisförmiges Stück herausgenommen wird, hat gewiss vor der totalen Resection gar keine Vortheile voraus.

Die Nachbehandlung soll eine streng antiseptische sein und ist dies ja auch für die Spitalpraxis leicht durchzuführen. Nicht so in der Landpraxis, wo es oft nicht möglich ist, zur rechten Zeit zur Stelle zu sein, da die Secretion nach dem Empyemschnitt in der ersten Zeit oft eine so starke ist, dass der dickste antiseptische Verband keine 24 Stunden hält.

Ich habe es daher vorgezogen, die Verbände von dazu instruirten Laien öfters wechseln zu lassen, und habe auch, da dieselben streng angewiesen waren, nur mit desinficirten Händen zu arbeiten und die Wunde womöglich gar nicht zu berühren, und da ferner während und nach der Operation den antiseptischen Principien ihr volles Recht geschah, nie einen Nachtheil beobachtet.

Für die Drainage möchte ich ein Drainrohr empfehlen, welches frei von allen Unannehmlichkeiten ist, mit denen einerseits die Anwendung der häufig benutzten metallenen Röhren,

andrerseits die gewöhnlicher Drainrohre verbunden ist. Ein entsprechend langes Stück eines Irrigatorschlauches wird zur Hälfte der Länge nach durch je einen in der oberen und unteren Wandung verlaufenden Schnitt gespalten, die auf diese Weise gebildeten Hälften nach rechts und links umgeschlagen, mit Oeffnungen zum Durchführen eines Bandes versehen, und in derselben Weise um den Thorax befestigt, wie die Tracheal-canülen um den Hals. Mit dieser Drainage waren alle meine Patienten sehr wohl zufrieden.

Um endlich nochmals auf den oben geschilderten Fall zurückzukommen, so scheint nach neueren Erkundigungen das oben angegebene Endresultat stationär geworden zu sein. Zweifellos liesse sich die definitive Schliessung der Pleurahöhle durch eine weitere Rippenresection bewirken, allein der Patient ist mit dem Resultat zufrieden und will bei seinem Alter von 62 Jahren nichts mehr von weiteren Eingriffen wissen. Man hätte vielleicht bei der letzten Operation noch freigebiger mit der Resection von Rippen sein können, allein das Losreissen der Kalkplatten erwies sich doch als ein so eingreifender Act, dass es geboten war, die Operation nicht allzusehr in die Länge zu ziehen.

Rückblick auf die im Jahre 1884 u. 1885 zu München herrschenden Krankheiten.

Von Prof. Dr. *Franz Seitz.*

(Fortsetzung.)

Die Diphtherie behauptete in den letztverflossenen beiden Jahren den grössten Einfluss auf die Sterblichkeit unter allen zymotischen Krankheiten. Doch erreichten die Zahlen der durch sie verursachten Todesfälle nicht die Höhe der zuletzt vorausgegangenen Jahre. Sie sind von 272 im Jahre 1883 auf 182, 94 männlichen und 88 weiblichen Geschlechtes, im Jahre 1884 und auf 176 92 männliche und 84 weiblichen Geschlechtes im Jahre 1885 zurückgegangen. Seit neun Jahren, dem Jahre 1875 war die Sterblichkeit an Diphtherie über 200 Sterbefälle für das Jahr gestanden, wie die folgende Zusammenstellung der Zahlen der Mortalität an Diphtherie und Croup seit ihrem hier zuerst verbreiteten Auftreten im Jahre 1864 bis zum Jahre 1885 inclusive ergibt.

Es starben an beiden Krankheiten zusammen

im Jahre	1864	76	1875	209
	1865	117	1876	222
	1866	95	1877	210
	1867	148	1878	298
	1868	270	1879	293
	1869	197	1880	367
	1870	179	1881	394
	1871	200	1882	263
	1872	146	1883	272
	1873	172	1884	182
	1874	136	1885	176 Personen.

In den beiden letztverflossenen Jahren fiel sie unter diese Ziffer. Es ist zu hoffen, dass der Rückgang dieser Krankheit ein stetiger bleiben und sich nicht wie im vorigen Jahrzehnt nach einem solchen ein paar Jahre andauernden neues Ansteigen derselben einstellen wird. Diese Hoffnung stützt die Thatsache, dass im grossen Ganzen die Intensität derselben eine geringere geworden, wie sie denn auch seltener Erwachsene mehr ergreift, was auch die von dem statistischen Bureau gegebene Uebersicht der Sterbefälle nach Altersgruppen ausweist. Von den im Jahre 1884 Verstorbenen waren im ersten Lebensjahre 13, im zweiten 30, im dritten 35, im vierten 32, im fünften 11, im ersten Jahresfünf zusammen 121, im Alter von 5—10 Jahren 53, darüber hinaus von 11—16 4, von 16—20 2, von 26—30 1 und von 50—56 1. Im Jahre 1885 im ersten Jahre 12, im zweiten 28, im dritten 37, im vierten 24 und im fünften 19; im ersten Jahresfünf zusammen 123, im zweiten 46, darüber hinaus nur 7, je 1 auf die Gruppen 11/15, 16/20, 26/30, 36/40, 56/60, 61/65 und 76/80. München stand in den beiden letzten Jahren nach der Zahl seiner Diphtheriesterbfälle, welche 1884 auf 10,000 Lebende berechnet 7,6, 1885 6,8 betrugen, hinter Berlin mit 21,5 im Jahre 1884 und 15,4 im Jahre 1885, ebenso hinter Dresden mit 19,8 im Jahre 1884 und 14,0 im Jahre 1885 zurück. Unter den bayerischen Städten überragten dasselbe Hof mit 14,2 im Jahre 1884 und 21,2 im Jahre 1885 und Passau mit 9,5 im Jahre 1884 und 10,3 im Jahre 1885; im letzten Jahre auch Würzburg mit 7,9, Ludwigshafen mit 16,1, Nürnberg mit 16,2 und Erlangen mit 54,6. Noch höhere Sterbeziffern lieferten unter den deutschen Städten im Jahre 1885 Apolda 81,2 und Stolp 102,4, welch' letzterer Ort mit der Mortalitätsziffer 69,8 sich auch im Jahre 1884 an der Spitze der deutschen Städte befand.

In beiden aufeinander folgenden Jahren trafen die Diphtheriesterbefälle vorwiegend auf die kälteren Monate. Im Jahre 1884 die Höchstzahl 23 auf Januar und December, 21 auf Februar und März, je 16 auf April, Mai und November, 14 auf den October, 13 auf den Juni, je 7 auf August und September und die geringste Zahl 5 auf den Juli; im Jahre 1885 die Höchstzahl 20 auf den April, je 19 auf Februar und März, je 16 auf Mai und December, 15 auf den October, je 14 auf Januar und Juni, 13 auf den November, 11 auf den Juli und 9 auf den August. Auch die von uns behandelten Fälle von entzündlicher Angina im Jahre 1884 102, im Jahre 1885 271 vertheilten sich in ihrer Mehrzahl auf die kältere Jahreszeit. Ebenso kamen von unseren 29 Diphtheriekranken die meisten: 11 im Januar und Februar zur Behandlung. Wie in früheren Jahren trat die Diphtherie in allen Stadttheilen auf. Alle Bezirke wiesen Todesfälle an derselben auf. Mehrere Krankheitsfälle kamen uns nur in einem, dem schon erwähnten Hause Nr. 148 in der Theresienstrasse gleichzeitig mit Scharlach bei derselben Familie zur Behandlung.

Zahlreich sind die in den letzten Jahren veröffentlichten Abhandlungen über Diphtherie. Doch wurde durch dieselben die Pathologie und Therapie der Krankheit wenig gefördert. Ueber die infectiöse Natur derselben sind wohl alle Beobachter einig. Doch besteht noch keine Uebereinstimmung bezüglich des specifischen Krankheitserregers. Klebs und Löffler (Verhandlungen des Congresses für innere Medicin zu Wiesbaden im Jahre 1883 S. 139 und im Jahre 1884 S. 156) fanden in Diphtheriemembranen eine bacilläre und eine Coccenform, welch letztere Löffler für nebensächlich hält. Impfungsversuche mit den Stäbchen, die von der Länge der Tuberkelbacillen, jedoch beinahe doppelt so breit, bald gebogen, bald gerade sind, in die Trachea und Conjunctiva von Kaninchen, Tauben und Hühnern erzeugten an der Impfstelle Membranen. Die Thiere starben wahrscheinlich durch ein an der Impfstelle sich erzeugendes Gift, ohne dass Bacillen im Blute oder den Geweben nachzuweisen waren. Dagegen gab R. Emmerich an, dass der die Diphtherie erzeugende Pilz weder ein Coccus noch ein Bacillus sondern ein Bacterium im Cohn'schen Sinne sei, das er auch bei der Diphtherie der Tauben gefunden hat. Diese Diphtheriebacterien stellten längliche Coccen oder plumpe, kurze Stäbchen dar, meist doppelt so lang als breit und variirten in der Grösse um das Zwei- bis Dreifache; die längeren zeigten meist eine leichte Einschnürung. Impfversuche auf Thiere gaben durchgehend ein positives Resultat. Auf den Schleimhäuten derselben entstanden membranartige auf- und eingelagerte Gebilde. Auch aus dem Organsaft der Versuchsthiere liess sich das Diphtheriebacterium wieder züchten. (Deutsche medicinische Wochenschrift 1884, Nr. 38 p. 614. Ueber die Ursachen der Diphtherie des Menschen und der Taube.)

Noch mehr gehen die Ansichten über die beste Behandlungsweise der Krankheit auseinander. Auf mechanischem Wege durch Lösung mit einer Pincette und durch die Bepinselung mit Aetzmitteln: Sublimatlösung, Liquor Kali causticum, Acidum laeticum wird noch immer die Entfernung der Belage empfohlen, obgleich die erfahrensten Beobachter aller Länder die Nutzlosigkeit, ja Schädlichkeit solch eingreifender örtlicher Behandlung betont haben. Gegen solche Behandlung sprach Professor Dr. B. Fränkel in der Berliner medicinischen Gesellschaft die

Ansicht aus, dass man die Entfernung der Pseudomembranen nicht zum Hauptgesichtspunkt der Therapie der Diphtherie machen und es vermeiden solle, der Schleimhaut eine Wunde oder einen mechanischen oder chemischen Reiz zuzufügen. Aufrecht verwirft in gleicher Weise alle örtliche Behandlung, die die Möglichkeit einer Verwundung der Schleimhaut setze, da dadurch die Resorption der Giftstoffe hervorgerufen werde. Von den ausschliesslich mit kalten Umschlägen und Gurgelungen mit Kali chloricumlösung behandelten 225 Diphtheriefällen verlor er nur einen und dieser war örtlich behandelt worden. Im Anschluss an Aufrecht's Vortrag bei der Naturforscherversammlung zu Magdeburg hat auch Professor Rindfleisch zur schnelleren Lösung der Membranen dauernd einwirkende Spülungen von Lösungen von Kali chloricum: 5 : 200 empfohlen. (Deutsche medicinische Wochenschrift 1884 Nr. 42 p. 677.) Auch Pinselungen von Resorcin- und Bromkalilösungen wurden angewendet. Zur Inhalation wurden neben der Lösung von Carbolsäure, Sauerstoffgas (F. Massei, Lo Specimentale 1884 p. 155) Lösungen von Salicyl-, Benzoe- und Carbolsäure in Alcohol, Dämpfe von Theer und Terpentin, und solche von einem Aufguss von Eucalyptusblättern empfohlen.

Innerlich wurde zur Abortivbehandluug wieder von Cöster das Calomel, Sublimat (1 : 300—500) von Jacoby, Cyanquecksilber (0,01 Aq. dest. 60 Titr. Aconit. 1,0 MS. Stündlich 1 Caféllöffel voll) von Rothe, das Terpentinöl von mehreren Seiten gerühmt. Stabsarzt Dr. Burgeroth hat das Terpentinöl in 29 Fällen zu 1 Caféllöffel voll ein- bis fünfmal täglich, also zu 5,0—20,0 auf der pädiatrischen Abtheilung der Charité experimentell geprüft und kam zu dem Ergebniss, dass er an keine specifische Wirkung glaubt, aber dass ihm ein günstiger Einfluss auf den örtlichen Process im Rachen zukomme. (Charité Annalen XI. Jahrgang p. 587). Henoch hat in der Sitzung der Berliner medicinischen Gesellschaft am 22. October 1884 in einem Vortrag, der in den Charité Annalen Jahrgang X. 1885 p. 518 als das Ergebnisss einer bei 319 Fällen, von denen 208 starben, gewonnenen Erfahrung ausgesprochen, dass weder Sublimat (bis 0,015 pro die) subcutan und 0,02 : 100 zur Ausspritzung des Rachens, noch Arsenik in Verbindung mit Tinctr. nervina Bestuscheffii, noch das Papajotin in ernsten Fällen sich wirksam erwiesen; das Pepsin in einer 10 proc. Lösung stand Beziehung auf locale Wirkung: Verdünnung und Auflösung der diphtheritischen Producte dem theuern Papajotin kaum nach, konnte aber ebensowenig wie dieses die Neubildung der Schorfe und das Herabsteigen der Affection in die Lungen verhüten. Auf den allgemeinen Infectionszustand blieben alle diese Mittel erfolglos. In der an diesen Vortrag von Henoch sich knüpfenden Discussion in der Berliner medicinischen Gesellschaft am 5. November 1885 sprach auch Fränkel aus, dass wir noch kein Mittel haben, die Diphtherie zu beschränken, den diphtheritischen Process zu bannen, dass der oberste Gesichtspunkt der Therapie darauf gerichtet sein muss, die Allgemeinerscheinungen, das Fieber durch Chinin zu bekämpfen, die Kräfte zu erhalten. Er hält es darum für Pflicht des behandelnden Arztes, den Kranken ruhen zu lassen, ihm nicht den Schlaf zu rauben, um alle 5 oder 10 Minuten den Rachen zu pinseln oder inhaliren zu lassen, so lange wir noch nicht im Besitz eines Mittels sind, den diphtheritischen Mikroorganismus vernichten zu können. (Berliner klinische Wochenschrift 1885 p. 773.)

Ganz in gleicher Weise haben wir in unserer Schrift Diphtherie und Croup, Berlin 1877 p. 485 das Ergebniss unserer bei Beobachtung von 600 Diphtheriefällen seit dem Jahre 1863 gewonnenen Erfahrungen über die Behandlung der Diphtherie in folgenden kurzen Sätzen zusammengefasst: Bei der Behandlung der Diphtherie ist der Schwerpunkt in gute Ernährung und Erhaltung der Kräfte mittelst Wein, Chinin und Eisen zu legen. Keines der bis jetzt angewendeten örtlichen Mittel vermag die weitere Ausbreitung und erneute Ablagerung diphtheritischer Pseudomembranen und den durch sie eingeleiteten öfter zu gangraenöser Erweichung führenden Gewebszerfall zu beschränken. Der zur Lösung oder Zerstörung derselben versuchte Gebrauch von Aetzmitteln erweist sich schädlich. Zuträglich wirken örtlich im Beginn der Erkrankung frisches Wasser und Eis, spätere mildere lösende und adstringirende Flüssigkeiten, vor allem Kalkwasser zur Ausspülung des Mundes und verdünnt neben Wasserdämpfen zur Inhalation bei Localisation der Krankheit im Kehlkopf. Zur Erleichterung der Athemnoth erweisen sich in dieser gefährlichen Form der Krankheit Brechmittel manchmal hilfreich. Die drohende Erstickung kann noch durch die Tracheotomie abgewendet werden. Gegen die bei Diphtherie auftretende Lähmung ist neben einem stärkenden Regime die Anwendung der Electricität von bestem Erfolg. An diesen Grundsätzen hielten wir seitdem fest. Sie haben sich bei den von uns vom Jahre 1877 bis 1885 inclusive behandelten 325 Fällen, von welchen 8 starben, bewährt. Bei solch einfacher Behandlung nahmen auch die in diesen letzten Jahren von uns behandelten 29 Fälle günstigen Ausgang. Dabei unterlassen wir aber nicht, vergleichende Versuche mit anderen neu empfohlenen Mitteln anzustellen und gestatten solche auch den Praktikanten der Poliklinik. So kamen in dem schwersten im Jahre 1885 poliklinisch behandelten Falle, dessen Geschichte wir kurz mittheilen, anfänglich Bepinselungen der Beläge mit Carbolsäurelösung zur Anwendung.

Ernst, der zweite 16 Jahre alte Bruder des 12jährigen Mädchens, dessen Geschichte wir oben bei Besprechung des Scharlachs gegeben haben, erkrankte drei Tage nach seinem 19 Jahre alten Bruder wie jener, am 2. Juni mit Halsschmerz und Fieber. Die Erscheinungen nahmen bei ihm viel rascher zu und erreichten schon am anderen Tage eine Höhe, welche die besorgten Eltern um so mehr veranlassten zeitig poliklinische Hilfe nachzusuchen, da derselbe schon in frühem Kindesalter an Pneumonie, die sich öfter wiederholte, im 6. Lebensjahre an Typhus, im 8. an Diphtherie krank gelegen war. Letztere Krankheit nahm einen schweren Verlauf. Die croupösen Erscheinungen erheischten die Tracheotomie, von der eine strahlig vertiefte Narbe über dem Manubrium sterni Zeugniss ablegte. Seit jener Zeit litt er häufig an Angina, und waren seine Tonsillen in Folge der wiederholten Anfälle derselben beträchtlich vergrössert. Bei dem ersten Besuche am 3. Juni hatte der Knabe eine Temperatursteigerung auf 39,6 C., 108 Pulse und auch 30 Respirationen in der Minute, beschleunigtes, erschwertes Athmen. Er lag mit geröthetem Gesicht unruhig im Bett, seine Inspiration war von einem pfeifenden Geräusche begleitet, und öfter von trockenem, krampfhaften Husten unterbrochen, seine Stimme heiser und schwach. Im Pharynx zeigte sich beträchtliche Schwellung und Röthung beider Tonsillen, an denen wie an der Hinterwand des Rachens grauweisse, umfängliche Beläge sassen. Die Submaxillardrüsen waren beiderseits stark angeschwollen und gegen Druck empfindlich, weniger der Kehlkopf. Er erhielt kalte Umschläge um den Hals und eine Lösung von Kali chloric. zum Gurgeln. 4. Juni. Der Kranke war in der vorhergehenden Nacht sehr unruhig und kämpfte mit Athemnoth, die sich nach Auswerfen und Erbrechen schleimig fibrinöser Massen gegen Morgen minderte. Die Stimme des Knaben ist kaum vernehmlich, das pfeifende Geräusch bei der Inspiration noch vorhanden. Die Beläge im Rachen haben sich noch weiter ausgebreitet. Wegen der Schwellung der Tonsillen kann der Kranke nur Milch und Eiswasser zu sich nehmen. Der ihn besuchende poliklinische Praktikant verordnete stündliche Auspinselungen mit Acid. carbolic. 2,5 auf 20 Glycerin. 5. Nach einer sehr unruhigen Nacht erscheint die Schwellung der Tonsillen und die Ausbreitung der Beläge noch vergrössert. Der Kranke hatte wieder in der Nacht Anfälle von Athemnoth und schrillen Husten. Auch am Tage ist sein Athmen sehr beschwerlich, zwingt ihn zum Rückbeugen des Kopfes, wobei er sich ängstlich im Bette erhebt, alle Respirationsmuskeln an der Brust und am Halse angestrengt, die Schlüsselbeingruben eingesunken erscheinen. Das Fieber hat zugenommen, am Morgen 40,2°, am Abend 40,3° C., 110 Pulse. Die dem Kranken lästigen Pinselungen werden ausgesetzt, es wird ihm eine Lösung von Chinin. hydrochl. pro die 1,0, zum Gurgeln Aq. Calcariae verordnet. 6. Fieber in Abnahme 39,3°. Der Belag besteht an beiden Tonsillen und der Hinterwand des Pharynx in gleicher Ausdehnung, doch sind die Tonsillen etwas weniger geschwellt, auch die Athmung freier. 7. Der Kranke konnte etwas schlafen,

das Fieber gering 38,3° C. Die Schwellung der Tonsillen ist noch mehr zurückgegangen. Der Belag an denselben und der Hinterwand gelblich gefärbt, erscheint gelockert. Die Unterkieferdrüsen rechts weniger als links abgeschwollen. Der Kranke wird mit Milch, Suppe, Eiern genährt. 8. Der Belag nur mehr an der linken Tonsille in geringem Umfang sichtbar. Temperatur 37,3°. Der Kranke hat in der Nacht viele schleimig eiterige Massen ausgebrochen. 9. Er ist fieberfrei, die Tonsillen und die Submaxillardrüsen mehr abgeschwollen. An der linken Tonsille nur mehr ein erbsengrosser Rest des Belags vorhanden. 12. Ein neuer mehr umfänglicher Belag an der linken Tonsille. 15. Hat sich bei fleissigem Gurgeln mit Aq. Calc. gelöst. An seiner Stelle ist aber ein erbsengrosses eiterndes Geschwür sichtbar. 17. Der Kranke hat guten Appetit und verlässt das Bett. 20. Das Geschwür ist geheilt. Der Kranke geht aus.

Wie in den 3 vorausgegangenen Jahren trat auch 1884 und 1885 der Abdominaltyphus nur in geringer Verbreitung hier auf, wie es auch die Sterblichkeitsziffern 1884 35, im letzten Jahre 1885 45 bezeugen. Das Plus von 10 Fällen im letzten Jahr gegen das Vorjahr ist ein minimales. Ebenso überstieg auch der Typhuszugang im Krankenhaus links der Isar im letzten Jahre nur um 10 Fälle den vom Jahre 1883, eine Mehrung, die besonders im Hinblick auf die seitdem stattgehabte Zunahme der Bevölkerung gar nicht in Betracht kommen kann. (v. Ziemssen: Der Typhus in München während der letzten 20 Jahre. Münchener med. Wochenschrift 1886, Nr. 18 S. 308). Es trafen im Jahre 1884 auf 10,000 Lebende nur 1,5, im Jahre 1885 1,7, während für den Zeitraum von 1878 bis 1882 5,0 berechnet wurden. Grössere Sterblichkeitszahlen wiesen an Typhus in den 2 letzten Jahren unter den bayerischen Städten mit 15,000 und mehr Einwohnern auf 1884: Ludwigshafen 6,8, Erlangen 4,4, Hof 3,8, Fürth 3,0, Passau 2,5, Speier 2,4, Nürnberg 2,3, Würzburg 1,8, Augsburg 1,7; geringere: Regensburg 1,4, Bamberg und Ingolstadt je 1,3, Kaiserslautern 0,7, Landshut 0,5, Bayreuth 0,4. Im Jahre 1885 standen über München Regensburg mit 7,2, Amberg mit 4,5, Hof mit 4,1, Passau 3,8, Ludwigshafen 2,9, Landshut 2,0, Kaiserslautern 1,9, unter ihm Augsburg und Fürth mit 1,4, Speier 1,2, Nürnberg und Würzburg mit je 1,1, Bamberg, Erlangen und Ingolstadt mit je 0,6. Keinen Todesfall hatte Bayreuth. Im Jahre 1884 hatten Berlin mit 2,0, Dresden mit 1,8, Stuttgart mit 2,4, grössere im Jahre 1885 aber Berlin mit 1,6, Dresden mit 1,4, Stuttgart mit 0,8 geringere Sterblichkeit an Typhus als München. Wie wir schon in unserem letzten Jahresbericht über das Vorkommen des Typhus in den Jahren 1882 und 1883 in Deutschland bemerkt haben, hat sich auch in den letztverflossenen Jahren eine Abnahme desselben gezeigt. So wiesen auch die in den vorausgegangenen Jahren am meisten mit Typhussterbefällen belasteten Städte im Ostseeküstenland einen Rückgang derselben auf, so Graudenz 21,8 im Jahre 1882, 13,9 1883, 8,2 1884 und 2,9 1885, und Stralsund von 21,1 im Jahre 1883, auf 9,1 im Jahre 1884 und 2,4 im Jahre 1885. Die höchsten Ziffern 16,1 trafen im Jahre 1884 auf Neustadt-Magdeburg und 12,2 im Jahre 1885 auf Prenzlau.

Die Vertheilung der Typhussterbefälle auf die einzelnen Monate war wie in den beiden vorausgegangenen, so auch in den zwei letztverflossenen eine sehr ungleiche. Während im Jahre 1884 die höchste Zahl derselben 7 auf den September, die nächstfolgende 5 auf den November traf, darauf Januar und März mit je 4 Fällen kamen, Mai und Juni ganz frei von Typhustodesfällen blieben, fiel die höchste Zahl 11 im Jahre 1885 auf November, darnach 8 auf den August, 6 auf den Juni, je 4 auf October und December, je 3 auf Juli und September, je 2 auf Februar und März, je 1 auf April und Mai, blieb der Januar ganz von Typhustodesfällen frei. Was den Antheil der verschiedenen Altersgruppen an der Typhussterblichkeit betrifft, so starben 1884 zwei Mädchen und 1 Knabe im ersten Jahresfünf, 2 Knaben im zweiten, einer im dritten, 6 Personen im vierten, 7 im fünften, dann 3 im Alter zwischen 26 und 30, je 2 zwischen 31 und 35 und 36 und 40, je eine im Alter zwischen 41 und 45 und 46 und 50, 3 im Alter zwischen 51 und 56, eine zwischen 56 und 60, 2 im Alter zwischen 61 und 65 und eine zwischen 70 und 75. Die 45 Todesfälle im Jahre 1885 vertheilten sich auf die 12 Jahresfünfte bis zum 60. Jahre. Die grösseren Zahlen je 9 trafen auf die Gruppen 16/20 und 21/25, sechs auf die Gruppe 31/35, fünf auf die Gruppe 26/30 und vier auf die Gruppe 36/40, geringere: drei auf die Gruppe 46/50, je zwei auf das Alter zwischen 1/5, 6/10, 10/15, je 1 auf das zwischen 40/45, 51/56 und 56/60.

Bei der geringen Verbreitung des Typhus in beiden zuletzt verflossenen Jahren, blieben einzelne Bezirke, so im Jahre 1884 der 2., 8., 10., 11., 16., 14., im Jahre 1885 der 3., 4., 8., 14. und 19. von Typhustodesfällen ganz frei. Am meisten mit Typhussterbefällen war in beiden Jahren je 5 der 5. Bezirk betheiligt. Es umfasst derselbe den tiefstgelegenen nordöstlichen Stadttheil am englischen Garten, der wie von der Cholera so auch vom Typhus bei Epidemien beider Krankheiten immer am ersten und meisten heimgesucht war. Von den 11 von uns mit Typhus behandelten Kranken (Fieberkranke werden, wenn sich höhere Temperaturgrade einstellen und sich in ihren Wohnungen nicht geeignete hygienische Verhältnisse und ausreichende Pflege finden, von der Poliklinik immer dem Krankenhause zugewiesen) wohnten 5 in diesem Stadttheil. Bei allen, ausser einem erst kurz hier angelangten Falle waren ungünstige Wohnungsverhältnisse in übervölkerten Hintergebäuden zu constatiren. Nur in einem Hause kamen uns kurz nacheinander zwei Erkrankungen beider Ehegatten zur Behandlung. Der Typhus hat, wie wir in unsern letzten Berichten schon ausgesprochen haben, nicht nur an Ausbreitung verloren, auch seine Intensität scheint eine geringere geworden. So nahmen auch die von uns behandelten Fälle, ungeachtet der im Laufe der Krankheit auftretenden Complicationen, wie Blutungen, günstigen Ausgang.

(Schluss folgt.)

Casuistische Mittheilungen aus Hospitälern und aus der Praxis.

Ein Fall von Antipyrinexanthem. (Von Dr. Schwarz, prakt. Arzt und Bahnarzt in Memmingen.)

S. M., 27jähriges Dienstmädchen, kam am 25. Sept. l. J. wegen Typhus abdominalis ungefähr Mitte der ersten Woche in meine Behandlung und erhielt in 14 Tagen 37,0 Antipyrin. Am 15. Tage früh trat unter starkem Schüttelfrost und leichter Temperatursteigerung (40,0° gegen 39,4° des vorhergehenden Tages) zuerst an den Händen ein masernähnliches, stark juckendes Exanthem auf, das sich rasch über die oberen Extremitäten, aber fast nur auf der Streckseite, den Hals und besonders über den ganzen Rücken verbreitete, Brust, Unterleib, Gesicht und untere Extremitäten fast ganz frei liess und sich nach 2 Tagen an den oberen Extremitäten in markstückgrosse, leicht erhabene, zum Theil confluirende Plaques verwandelte, während es am Rücken eine tief blaurothe purpuraähnliche Färbung annahm. In den nächsten Tagen begann es wieder abzublassen und war nach 8 Tagen ohne jegliche Abschuppung verschwunden. Ungefähr 18 Stunden nach dem Auftreten des Exanthems traten fünf copiöse, dunkelrothe, schlaff geronnene Stühle ein ohne weitere Collapserscheinungen, als das Herabsinken der Temperatur auf 38,0° früh; nach 3 Tagen war die Temperatur früh wieder auf 40,0° gestiegen und wurde von da an Chinin. mur. je 2,0 über einen Tag in getheilter Dosis gegeben bis zum 1. Novbr.; von da begannen die spontanen Remissionen und vom 14. November an blieb die äusserst herabgekommene Kranke fieberfrei. Ausser einem starken Decubitus, leichtem Bronchialkatarrh und zeitweiser Albuminurie war keine Complication nachzuweisen, die die lange Dauer des Fiebers — 7—8 Wochen — motivirte; möglich, dass lentescirende Darmgeschwüre den protrahirten Verlauf verursachten.

In der mir zugänglichen Literatur finde ich die stattliche Zahl von 52 Fällen von Antipyrinexanthemen, verschiedene Fälle werden nur unbestimmt angegeben. Darunter wird in 41 Fällen

das Exanthem masernähnlich genannt, in 4 quaddel- und urticariartig, in 1 (A. Geier[1]) papulo-maculös, in 1 (Draper[2]) purpuraähnlich, in 1 (Doebner[3]) als Papeln, in 3 (Demme[4]) als Erythem, in 1 (Huchard[5]) als linsengrosse Flecke und in einigen Fällen (Wising) erythematös und papulös, in anderen (Alexander[6]) miliaria- oder urticariaartig bezeichnet. In 30 Fällen handelte es sich um Typhus, in 8 um Phthise, in 2 um Gelenkrheumatismus und in ein paar Fällen um Pneumonie; betreffs der übrigen fehlt nähere Angabe. Der Sitz des Exanthems war sehr verschieden, doch betonen verschiedene Beobachter (Cahn[7]), Geier, Wising, Fusinelli[8]), dass besonders die Streckseiten der Extremitäten befallen wurden, wie auch in meinem Falle. Die Dauer des Exanthemes schwankt von 1 Tag (Cahn) bis zu 11 Tagen (Pribram[9]); die durchschnittliche Dauer mag wohl 4—8 Tage betragen; ebenso schwankend ist die Dosis des verbrauchten Antipyrins und zwar von 10,0 (Goeze[10]) bis 96,0 (A. Geier); die durchschnittliche Menge des Verbrauches dürfte zwischen 20,0 und 40,0 liegen. Das Mittel wurde fast immer innerlich gegeben, nur in 1 Falle (Pribram) per rectum. Verschiedene Beobachter (Giorgeri[11]), Doebner, Huchard, Fusinelli, Suñer[12]), Alexander) erwähnen ein leichtes bis sehr starkes Jucken; Cahn spricht von einem leichten Brennen. Leichtere und stärkere Abschuppung erwähnen Cahn, Fusinelli, Doebner, Goeze. Alexander erwähnt ausdrücklich, dass keine Abschuppung stattfand, auch in unserem Falle fehlte dieselbe; die anderen Beobachter erwähnen hierüber nichts. Das Auftreten des Exanthemes war in verschiedenen Fällen (Demme, Fedeli und in meinem Falle) von Schüttelfrost mit Temperatursteigerung bis 41,5° (Fedeli) begleitet; in letzterem Falle sogar von Ohnmachten. Cahn beobachtete bei 1 Falle (Phthise) einen starken spontanen Fieberabfall. In meinem Falle ist die Veränderung des Exanthemes bemerkenswerth; Goeze hat bei Fortgebrauch des Antipyrins das morbillöse Exanthem sich in ein crustöses Eczem verwandeln sehen, das den Kranken noch 4 Wochen nach der Typhusreconvalescenz im Hospital zurückhielt. In einem Falle (Bielschowsky[9]) trat nach dem masernähnlichen Exanthem besonders am Rücken eine der Scarlatina ganz ähnliche Purpurröthe auf. — Das Antipyrin selbst wurde gut vertragen, erregte niemals Erbrechen oder Uebelkeit, dagegen starke, subjectiv aber nicht unangenehme Schweisse. Die Wirkung trat erst bei 3,0 ein; 4,0 erzielten einen Abfall von 39,3° bis 36,5° mit schweren Collapserscheinungen. Ich beobachtete übrigens in diesem Jahre schon nach 1,5 einen Temperaturabfall von 39,5° auf 36,0° mit sehr schweren Collapserscheinungen bei einer Phthisikerin. Das Mittel wurde in Oblaten mit Wein von 2—4 Nachmittags gegeben. Das später gegebene Chinin. mur. rief in der Dosis von 2,0 (1,0 Vormittags und 1,0 Nachmittags) wiederholt Erbrechen, kalte Schweisse, Ohrensausen und Uebelkeit hervor.

Stichverletzung durch Wange und Mundschleimhaut in die Zunge. Heilung. (A. d. städt. Krankenhause zu Augsburg; mitgetheilt von Oberarzt Dr. Schreiber.)

Der Nachtwächter A. St., 28 Jahre alt, wurde ½4 Uhr Morgens 13./II. angeblich ohne besondere Ursache von einem Bediensteten durch 2 Stiche in die rechte Wange verletzt (handlanges, im Griffe feststehendes gebogenes Messer); es erfolgte reichliche Blutung und Patient ging mit entsprechendem Nothverband dem Krankenhause zu, woselbst eine scharfrandige breit klaffende ⊥ Wunde förmige vom Orbitalrand nach abwärts sich zeigte, die die Wangenschleimhaut in etwa 4 cm Länge durchschnitten hatte und etwa 2 cm vom Munde entfernt endigte; die Sonde und der Finger constatiren, dass die Oberkieferhöhle durch einen Spalt geöffnet und nach Reinigung der Wunde von Coagulis etc. muss die stark spritzende Transversa faciei und infraorbitalis sowie mehrere kleinere Aestchen unterbunden werden. Da Patient auch über Schlingstörungen klagt, ergibt eine genauere Untersuchung des Zungengrundes eine ca. 2 cm breite, 1½ cm tiefe scharfrandige klaffende Wunde im Zungengrunde, die durch 2 Nähte vereinigt wird, darnach wird ein kleiner Drain in die Oberkieferwunde eingelegt, die Wunde wird sorgfältig vereinigt und aseptisch verbunden; nachdem zuerst die Mundschleimhaut durch vier Catgutligaturen in der Tiefe der Wunde vereinigt, dieselbe mit Jodoform etc. behandelt. Die Heilung erfolgt völlig per prim.

[1]) D. med. W., 1884. [2]) Boston med. & surg. Journ. [3]) Aerztl. Int.-Bl. 1884. [4]) Fortsch. d. Med. 1884. [5]) Bull. gen. de Therap. [6]) Bresl. ärzt. Z. 1884. [7]) Berl. klin. W. 1884. [8]) D. med. W. 1885. [9]) Prag. med. W. 1884. [10]) Berl. klin. W. 1885. [11]) Gazz. med. Lombard. [12]) El Genio med.-quir. 1884.

Feuilleton.

Medicinisch-Statistisches über den ärztlichen Stand in Bayern.

Von *Dr. Friedrich Böhm*, prakt. Arzt in Niederwerrn.

Wenn der Statistiker zur Feder greift, um aus Reihen von Zahlen interessante statistische Thatsachen zu folgern, so wird ihm diese seine Arbeit nur zu häufig durch den Indifferentismus erschwert, der bei so vielen, wenn auch betheiligten, Lesern einem scheinbar so trockenen und langweiligen Stoff gegenüber zu Tage tritt. Es ist eben nicht Jedermanns Sache, die wenigen Stunden der Musse einem immerhin etwas langweiligen Gegenstande zu widmen.

Wenn wir trotzdem es unternehmen, im Nachstehenden mit zu Grundelegen der statischen Arbeiten der um die ärztliche Sache so hochverdienten Collegen, des leider für uns zu früh verstorbenen medicinischen Berufsstatistiker Dr. Majer und des Medicinalrathes a. D. Dr. Escherich, eine vergleichende Statistik über den ärztlichen Stand in Bayern zu veröffentlichen, so schöpften wir den Muth hiezu einerseits aus der Anerkennung, die uns von vielen unserer Collegen gelegentlich einer früheren am gleichen Orte erschienenen Arbeit zu Theil wurde, andrerseits aus der Ueberzeugung, dass auch dem ärztlichen Stande, gleichwie jeder anderen grösseren Association das Recht und die Pflicht zukomme, sich auf dem Laufenden zu erhalten über Dinge, die ihn in seinen intimsten Interessen so nahe berühren.

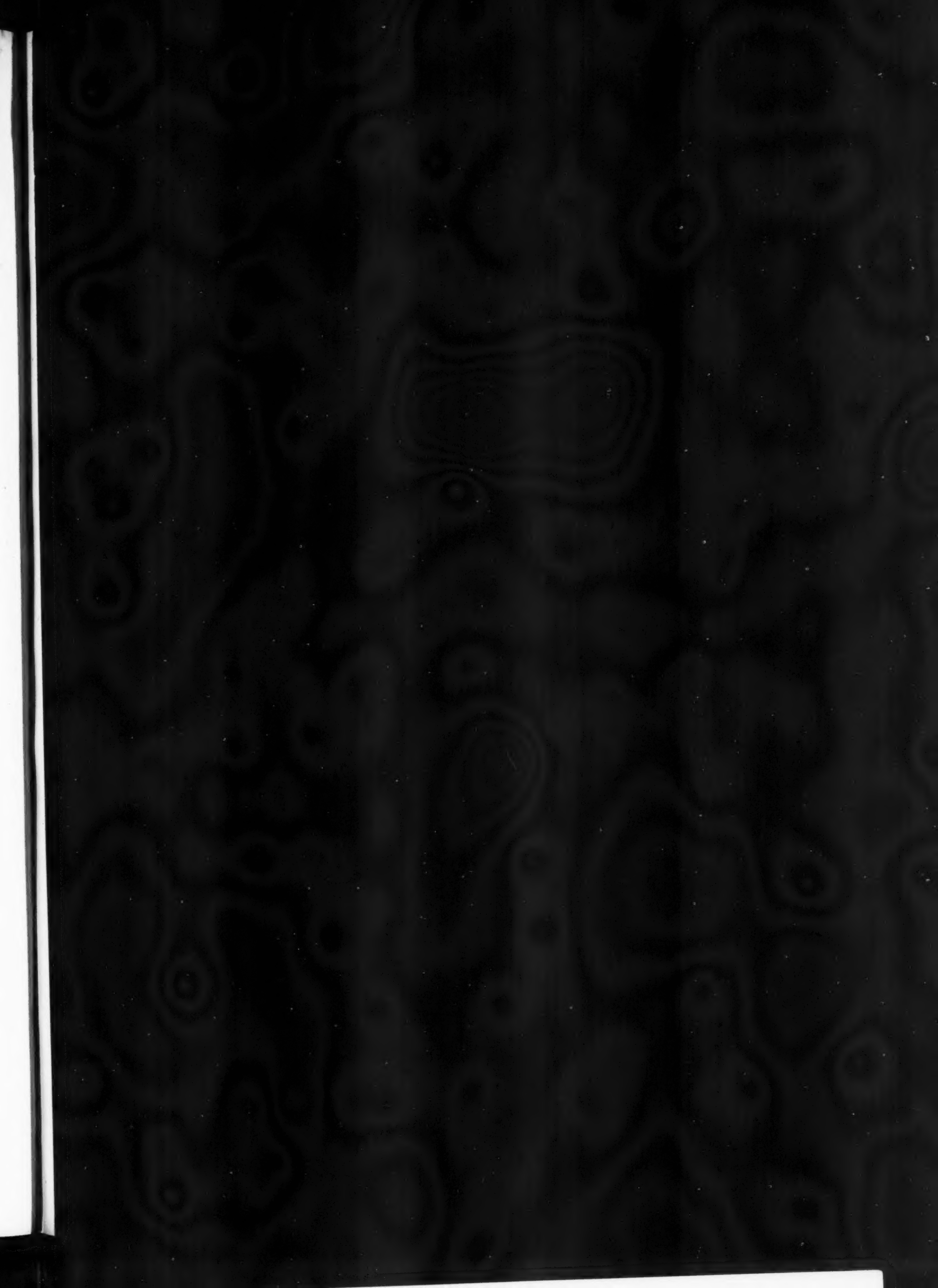
Zur Lösung der uns gestellten Aufgabe haben wir zunächst eine Tabelle zusammengestellt, mit deren Hilfe das mittlere Lebensalter der prakticirenden Aerzte in Bayern berechnet wurde. Wir schieden zu diesem Behufe nach Kreisen die Aerzte in den Städten von mehr als 10,000 Einwohnern, und die auf dem Lande aus, summirten deren Lebensjahre und dividirten mit der Zahl der vorhandenen Aerzte in diese Summe. Durch diesen freilich zeitraubenden Rechnungsmodus erhielten wir folgendes Resultat[1]):

Tabelle I.

Regierungsbezirk	Zahl der prakticirenden Aerzte			Zahl der von den prakticir. Aerzten durchlebten Jahre			Mittleres Lebensalter der prakticirenden Aerzte			Alter des Arztes	
	in Städten mit wenigst. 10000 E.	auf dem Lande	im Ganzen	in Städten mit wenigst. 10000 E.	auf dem Lande	im Ganzen	in den Städten	auf dem Lande	im Ganzen	ältesten	jüngsten
							Jahre	Jahre	dahre	J.	J.
Oberbayern	302	232	534	13678	9024	22702	45,2	38,8	41,5	89	24
Niederbay.	33	108	141	1718	4906	6624	52,0	45,4	48,7	85	25
Schwaben	58	158	216	2845	7158	10003	49,0	45,3	47,1	86	26
Oberpfalz	33	71	104	1679	3015	4694	50,8	42,4	46,6	80	26
Oberfrank.	62	80	142	3148	3706	6854	50,7	46,3	48,5	84	24
Mittelfrank.	112	118	230	5286	5000	10286	47,2	42,3	44,7	84	25
Unterfrank.	82	160	242	3825	6869	10694	46,6	42,9	44,7	86	24
Pfalz	—	—	178	—	—	7776	—	—	43,6	84	25
Im ganzen Königreich	—	—	1787	—	—	79633	(48,7)	(43,3)	(45,6)	—	—

Es haben demnach in Bayern 1787 Aerzte 79633 Jahre durchlebt, und beträgt das mittlere Alter derselben 45,6 Jahre.

[1]) In dem ärztlichen Schematismus ist die Pfalz nur nach Bezirksämtern classificirt und war deshalb ein Ausscheiden von Stadt und Land unmöglich.



In den Städten ist selbes etwas höher, nemlich 48,7 Jahre, auf dem Lande 43,3 Jahre. Der Grund dieser Differenz liegt wohl in dem Umstande, dass in der Regel jüngere Aerzte ihre Praxis auf dem Lande eröffnen, und erst später bei fortgeschrittenerem Alter dieselbe in Städte verlegen.

In Oberfranken und Niederbayern steht das mittlere Lebensalter am höchsten, 48,5 Jahre und 48,7 Jahre, während in Oberbayern der niedrigste Stand 41,5 Jahre beträgt.

Anschliessend hieran haben wir noch das niedrigste und höchste Alter der Aerzte verzeichnet.

Der älteste Arzt in Oberbayern (in München wohnhaft) zählt 89 Jahre, der jüngste in Oberbayern, Oberfranken und Unterfranken, 24 Jahre.

Vergleichen wir hiemit die von Dr. Majer im Jahre 1863 gefundenen Resultate, so ergibt sich, dass damals 1373 Aerzte zusammen 64680 Jahre durchlebt hatten, so dass das mittlere Alter für den Arzt 47 Jahre und 1½ Monate betrug.

Das mittlere Lebensalter der Aerzte ist demnach von 47,1 Jahre im Jahre 1863 auf 45,6 Jahre im Jahre 1886 herabgegangen.

Dieses mag seinen Grund mit darin haben, dass eben die Aerzte seit Freigabe der Praxis, aber ganz besonders seit Einführung des deutschen Staatsexamens mit Verminderung der Studiensemester auf 8 resp. 9, mehrere Jahre früher und deshalb viel jünger in die Praxis treten; hiefür spricht auch nachstehende Tabelle:

Tabelle II.

Kreise	Alter des ältesten Arztes 1863	Alter des jüngsten Arztes 1863	Alter des ältesten Arztes 1886	Alter des jüngsten Arztes 1886
	Jahre	Jahre	Jahre	Jahre
Oberbayern . . .	85	25	89	24
Niederbayern . .	82	27	85	25
Schwaben . .	85	28	86	26
Oberpfalz . .	79	24	80	26
Oberfranken . .	87	27	84	24
Mittelfranken . .	77	27	84	25
Unterfranken . .	86	25	86	24
Pfalz . . .	84	28	84	25

Wir ersehen hieraus, dass in manchen Kreisen die Differenz des Praxisantrittes bis zu drei Jahren beträgt.

Tabelle III führt uns die prakticirenden Aerzte nach drei Altersperioden vor:

Altersperioden der prakticirenden Aerzte Bayerns im Jahre 1886 im Vergleiche mit 1854, 1858, 1863, 1867, 1869.

Altersperiode	Oberbayern	Niederbayern	Schwaben	Oberpfalz	Oberfranken	Mittelfranken	Unterfranken	Pfalz	Im ganzen Königreiche	Procentverhältnisse 1886	1869	1867	1863	1858	1854	Zahl d. Aerzte in Bayern 1886
Lebensjahre 24.—40.	241	61	97	43	53	103	110	81	789	44,1	35,7	38,2	31,7	23,9	27,4	1787
40.—60.	207	48	79	49	55	94	102	70	704	39,4	43,8	46,0	53,3	65,9	64,6	
60. und darüber	86	32	40	12	34	33	30	27	294	16,5	20,5	16,8	15,0	10,2	8,0	

Es treffen hienach von 1787 vorhandenen Aerzten im Jahre 1886 auf die erste Periode vom 24.—40. Lebensjahre: 789 oder 44,1 Proc., während die Procentverhältnisszahl vom Jahre 1854: 27,4 Proc., 1858: 23,9 Proc., 1863: 31,7 Proc., 1867: 38,2 Proc. und 1869: 35,7 Proc. betrug.

Es sind demnach zur Zeit verhältnissmässig viele junge Aerzte in Bayern vorhanden, was unsere früher hier besprochene und berechnete Thatsache bestätigt, dass in den letzten Jahrzehnten der Zugang zum medicinischen Berufe im steten Wachsthume begriffen ist.

Dagegen kommen auf die zweite Altersclasse, vom 40. bis 60. Lebensjahre, etwas weniger, nemlich 704 Aerzte = 39,4 Proc., im Jahre 1854: 64,6 Proc., 1858: 65,9 Proc., 1863: 53,3 Proc., 1867: 46,0 Proc., 1869: 43,8 Proc. und auf die dritte vom 60. Lebensjahre und darüber 294 = 16,5 Proc.

Interessant und desshalb weiter unten eigens besprochen ist letztere Thatsache. Wir entnehmen daraus, dass die Zahl der Aerzte über das 60. Lebensjahr vom Jahre 1854 bis 1886 stetig zunimmt, mit anderen Worten, dass die Aussichten, ein höheres Lebensalter zu erreichen, zur Zeit grössere sind, wie im Jahre 1854.

Während im Jahre 1854 nur 8,0 Proc., 1858: 10,2 Proc., 1863: 15,0 Proc., 1867: 16,8 Proc., der Aerzte noch im 60. Lebensjahre oder darüber vorhanden waren, steigt diese Procentzahl 1869 sogar auf 20,5 Proc., um 1886 wieder auf 16,5 Proc. zu fallen.

Tabelle IV zeigt uns die Altersclassen der prakticirenden Aerzte nach vier zu vier Jahren geordnet, zum Vergleiche einer gleichen Arbeit des Herrn Medicinalrathes a. D. Dr. Escherich vom Jahre 1853.

Tabelle IV.

Altersclassen der prakticirenden Aerzte	Oberbayern	Niederbayern	Schwaben	Oberpfalz	Oberfranken	Mittelfranken	Unterfranken	Pfalz	Im ganzen Königreiche	Procentuales Verhältniss in Bayern 1886	Procentuales Verhältniss in Bayern 1853
Von 24 mit 29 Jahren, geboren 1862 mit 1857	66	18	21	8	10	15	21	23	182	10,18	2,8
» 30 » 34 » » 1856 » 1852	73	22	44	14	24	42	51	33	303	16,95	7,3
» 35 » 39 » » 1851 » 1847	102	21	32	21	19	46	38	25	304	17,00	13,3
» 40 » 44 » » 1846 » 1842	63	12	15	17	17	31	36	26	217	12,14	26,0
» 45 » 49 » » 1841 » 1837	41	9	18	8	8	15	24	19	142	7,09	17,9
» 50 » 54 » » 1836 » 1832	46	13	20	15	14	35	21	14	178	9,96	13,1
» 55 » 59 » » 1831 » 1827	57	14	26	9	16	13	21	11	167	9,34	6,6
» 60 » 64 » » 1826 » 1822	20	10	9	1	6	12	6	7	71	3,97	2,4
» 65 » 69 » » 1821 » 1817	23	7	11	3	9	5	4	10	72	4,03	2,1
» 70 » 74 » » 1816 » 1812	21	5	7	3	10	8	12	4	70	3,92	2,1
» 75 » 79 » » 1811 » 1807	16	7	7	4	7	6	6	2	55	3,07	1,1
» 80 und darüber » 1806 und darüber	6	3	6	1	2	2	2	4	26	1,45	0,3
	534	141	216	104	142	230	242	178	1787		

Auch hier ist die Differenz der ersten Altersclasse auffallend und erklärt sich aus früher schon angegebenen Gründen in Bezug auf unsere jetzigen für den Praxisantritt geltenden Bestimmungen. Während die jüngste Altersclasse der Aerzte im Alter von 24—29 Jahren 1853 2,8 Proc. betrug, steigt selbe 1886 auf 10,18 Proc.; dieselbe Erscheinung beeinflusst auch die Procentziffer der II. Altersclasse vom 30.—34. Jahre: im Jahre 1853: 7,3 Proc., 1886: 16,95 Proc., wobei der Andrang zum medicinischen Berufe noch das Seinige zur Erhöhung der Differenz beigetragen hat.

Die 3. Classe, 35 mit 39 Jahren gestaltet sich bei beiden nur um wenige Procente verschieden, dagegen steht die 4. Classe

im Jahre 1886 um ein Bedeutendes niedriger als 1853, und gelangt in schwankender Reihe in stete Abnahme, so dass die 8. Altersstufe, 60—64 Jahre, nurmehr 3,97 Proc. (gegen 2,4 Proc. 1853) beträgt.

Die letzte Altersclasse von 80 Jahren und darüber ist mit 1,45 Proc. (gegen 0,3 Proc. 1853) verzeichnet.

Auf Grund dieser Tabelle IV hat nun im Jahre 1853 Medicinalrath Dr. Escherich eine Absterbeordnung der Aerzte construirt.

Derselbe summirte mehrere Altersclassen, berechnete das Procentverhältniss der in diesen Classen noch vorhandenen Aerzte und calculirte, wie folgt:

Tabelle V.

Altersclasse der prakticirenden Aerzte	Zahl der prakt. Aerzte 1886	Gesammtzahl d. Aerzte in d. betr. Altersclasse 1886	Zahl der prakt. Aerzte 1853	Gesammtzahl d. Aerzte in d. betr. Altersclasse 1853	Procentverhältniss in Bayern 1886	Procentverhältniss in Bayern 1853
Vom 24. Lebensj. bis zum 50. Lebensj.	1787	1148	1225	885	63,36	71,1
» 60. »		1493		1126	82,66	91,0
» 70. »		1636		1282	90,66	95,5

Nach dieser Tabelle befanden sich im Jahre 1853 71,1 Proc. sämmtlicher 1225 practicirenden Aerzte in Bayern unter 50 Jahren; nach dem 50. Lebensjahre waren nur noch 29,9 Proc. vorhanden; demnach sind 71,1 Proc. von der Bildfläche verschwunden, oder mit anderen Worten: gestorben. Von 100 Aerzten erlebten das 50. Lebensjahr demnach nur 29 Aerzte.

Nach unserer Berechnung bei gleichem Modus sind im Jahre 1886: 63,36 Procent sämmtlicher Aerzte unter 50 Jahren; 82,66 Proc. unter 60 und 90,66 Proc. unter 70 Jahren. Demnach sterben von 100 dem Aerztestand Angehörenden bis zum 50. Lebensjahre 63; bis zum 60. Lebensjahre 82 und bis zum 70. Lebensjahre 90 ab; oder anders ausgedrückt: von 100 Aerzten erleben in Bayern das 50. Lebensjahr nur 37
» 60. » » 18
und das 70. » » 10.

Es ist dieses im Vergleiche zu anderen Ständen keineswegs ein günstiges Resultat. Der ärztliche Beruf verlangt eben von seinen Jüngern nicht allein hohe Leistungsfähigkeit des Geistes, sondern legt auch dem Körper grosse Strapazen auf. Tag und Nacht leiht der Arzt dem Kranken seine Dienste. Wind und Sturm, Kälte und Hitze sind seine steten Begleiter auf der Reise zum Krankenbette. Die Sorge um das Wohl seiner Clienten absorbirt die beste Kraft des gewissenhaften Arztes. Hiebei verbittern ihm Undank und falsche Kritik seiner Leistungen noch so manche Stunden und besorgen im Vereine mit ersteren das Ihrige, um selbem die Bedingungen zu einem längeren Leben zu entziehen. Dazu gesellt sich die Gefahr am Krankenbette selbst, die schlechte Luft in den Krankenzimmern und der rasche Wechsel der Temperatur in und ausserhalb letzterer; kurzum es sind der Gefahren für die Gesundheit des Arztes soviele, dass obiger statistische Befund am wenigsten beim Arzte selbst auf Zweifel stossen wird.

Vergleichen wir nun diese beiden Absterbeordnungen vom Jahre 1853 und 1886, so finden wir im Jahre 1886 eine Abnahme der Sterblichkeit in der ersten Altersclasse (vom 24. bis 50. Lebensjahre). Während 1853 von 100 Aerzten bis zum 50. Lebensjahre bereits 71 gestorben sind, verzeichnet das Jahr 1886 nur 63; ebenso stehen dem Jahre 1853 mit 91 Gestorbenen von 24—60 Jahren nur 82 der Jahres 1886 gegenüber. Das 70. Lebensjahr wurde 1853 unter 100 Aerzten überhaupt nur von 5 überlebt, während im Jahre 1886 9 Proc. in der glücklichen Lage sind, diese hohe Altersstufe überschreiten zu können.

Findet man nun auch bei anderen Ständen eine Zunahme der Höhe der durchschnittlichen Lebensdauer in den letzten Jahrzehnten im Vergleiche zu früher, die ja gewiss auf bessere hygienische Institutionen im allgemeinen zurückzuführen sein dürfte, so tragen bei dem ärztlichen Stande doch noch andere Factoren das Ihrige dazu bei, das Leben des Arztes im Verhältnisse zu früher um etwas zu verlängern. So sind z. B. die Verbindungsstrassen, dank der staatlichen Fürsorge jetzt durchgehens in einem guten Zustande und gestatten dem Arzte das Fahren zu Patienten auch in Gegenden, wo früher ein solches überhaupt unmöglich war. — Wer sich mit uns daran erinnert, wie früher der Arzt mitten in der Nacht meilenweite Entfernungen zum Krankenbette zu Fuss zurückzulegen sich genöthigt sah, da ein Fahren aus obigen Gründen einfach unmöglich war, der wird mit uns übereinstimmen, dass jetzt viele körperliche Strapazen erspart bleiben, welche früher ihren schlimmen Einfluss auf die Gesundheit stetig im hohen Masse geltend machten. Andrerseits steht fest, dass durch vermehrte Concurenz seit Freigabe der ärztlichen Praxis die ärztlichen Bezirke sich verkleinert haben und hiedurch die körperlichen Leistungen ebenfalls relativ vermindert wurden und so, wie ja das Schlimme auch machmal sein gutes hat, allzurasche Abnutzung der Körperkräfte durch Theilung der Arbeit verhindert wird.

Tabelle VI verzeichnet die Zahl jener Aerzte, welche das 70. Lebensalter glücklich überschritten haben.

Kreise	Beamtete Aerzte	Praktische Aerzte	Summa sämmtlicher Aerzte über 70 Jahre	Zahl sämmtlicher Aerzte	Procentuales Verhältniss dieser zu der Gesammtzahl der Aerzte
Oberbayern	24	18	42	534	7,8
Niederbayern	6	8	14	141	9,9
Schwaben	9	11	20	216	9,7
Oberpfalz	6	2	8	104	7,6
Oberfranken	10	8	18	142	12,6
Mittelfranken	9	6	15	230	6,5
Unterfranken	12	8	20	242	8,2
Pfalz	3	7	10	178	5,6
	79=53,7%	68=46,3%	147	1787	8,4

Wie in jedem Stande kommen auch im ärztlichen Berufe Männer vor, deren kräftige Körperconstitution den auf sie einstürmenden Schädigungen Trotz zu bieten vermochten. Unter diesen hat wieder der beamtete Arzt den Vorrang vor dem praktischen Arzte. Ersterer tritt mit Uebernahme seines Amtes in der Regel in eine ruhigere Stellung. Das sichere, freilich nicht allzuhohe Einkommen mit dem Anrechte auf Pension gewährt ihm eine sorgenlosere Aussicht auf die Zukunft und ermöglicht ihm ein Einschränken in Bezug auf allzu anstrengende Praxis.

Daher obiges Resultat: dass an den im Jahre 1886 vorhandenen 147 über 70 Jahre alten Aerzten 53,7 Proc. beamtete Aerzte participiren, während die übrigen 46,3 Proc. den praktischen Aerzten zukommen.

Wir sind mit unserer Arbeit zu Ende. Die obigen Zahlen haben nicht uninteressante Momente zu Tage gefördert. Steht einerseits die Thatsache fest, dass die Zunahme der Aerzte im Vergleiche zu früher im auffallenden Steigen begriffen ist und ergibt die nächste Zukunft gerade deshalb keine rosige Perspective für den ärztlichen Stand, so ist doch andrerseits wieder um so erfreulicher, dass die Abnahme der Sterblichkeit im besten Mannesalter (bis zum 50. Jahre) seit 1853 um 8 Proc. erwiesen ist, so dass wir mit etwas zuversichtlicherer Hoffnung auf die uns noch beschiedene Lebenszeit in die Zukunft blicken können.

Auch für die älteren Herren Collegen möge die Thatsache neuen Muth zum Leben verleihen, dass die Zahl der im Jahre 1853 vorhandenen Aerzte, welche über 70 Jahre alt geworden, im Jahre 1886 von 3,5 Proc. auf 8,4 Proc. gestiegen ist.

Hoffen wir, dass sich vielleicht in Decennien ein weiterer Freund der Statistik der Mühe unterzieht, unsere gefundenen Daten mit jenen der dort gekommenen Zeiten zu vergleichen und es ihm gelingt, zu den obigen noch günstigere Resultate zu gesellen, auf dass den Schattenseiten auch die Lichtseiten nicht fehlen mögen, und die Zukunft dem Arzte seine Lasten nicht noch mehr vermehre, der sich das Fördern des leiblichen Wohles der Menschheit zur Grundlage seines Handelns gemacht hat und bei diesem Streben nur zu häufig sich selbst vernichtet.

Referate und Bücher-Anzeigen.

Centralblatt für Bacteriologie und Parasitenkunde. In Verbindung mit Geh. Hofrath Prof. Dr. Leuckart (Leipzig) und Stabsarzt, Docent Dr. Löffler (Berlin), herausgegeben von Dr. O. Uhlworm in Cassel. Verlag von G. Fischer in Jena. Preis des Jahrgangs (52 Nummern) 28 M.

Unter obigem Titel erscheint vom 1. Januar ab unter bewährter Leitung (Uhlworm ist langjähriger Herausgeber des Botanischen Centralblattes) eine neue Zeitschrift, welche eine gesammelte, jeweils rasch orientirende Darstellung über die neuesten Leistungen auf dem Gebiete der Bacteriologie und Parasitologie zu geben beabsichtigt. Ein derartiges Unternehmen war offenbar Bedürfniss, da gerade die hieher einschlägigen Arbeiten an sehr verschiedenen Stellen publicirt werden, so dass es schwer ist, sich fortlaufend völlig orientirt zu halten. Man weiss ja, welche grosse Vortheile z. B. den Chemikern die »Berichte der Deutschen Chemischen Gesellschaft« bieten, die eine vollständige Sammlung aller neuen Erscheinungen darstellen. Um etwas Aehnliches zu erreichen, haben die Herausgeber des bacteriologischen Centralblattes sich's angelegen sein lassen, eine sehr grosse Zahl, man kann sagen, die allermeisten deutschen und verschiedene hervorragende ausländische Bacteriologen und Parasitologen als Mitarbeiter zu gewinnen, so dass hiedurch eine sehr vollständige Beischaffung des Materials garantirt erscheint.

Die Anlage dieses Centralblattes ist, wie schon aus dem Titel hervorgeht, eine ziemlich umfassende. Es soll nicht nur die Bacteriologie und die Gährungsphysiologie, sondern auch die Parasitenkunde im weitesten Sinne, also die Forschung über die parasitischen Thier- und Pflanzenkrankheiten Berücksichtigung finden. Diese ausgedehntere Fassung scheint uns ein wesentlicher Vortheil, sie bietet eine gewisse Gewähr gegen Einseitigkeit, die z. B. auf dem bacteriologischen Feld leicht Platz greifen könnte, und erweitert den Gesichtskreis, da aller Parasitismus unzweifelhaft in verschiedener Richtung gemeinsame Vergleichspunkte darbietet.

Bis jetzt liegen zwei Nummern vor, die sich durch Reichhaltigkeit des Inhalts auszeichnen. Naturgemäss besteht derselbe ganz vorzugsweise aus Referaten, doch fehlen auch Originalien (Leuckart, zur Botriocephalusfrage) nicht. Zusammenfassende grössere Darstellungen über einzelne Capitel der Bacteriologie und Parasitologie sind in Aussicht gestellt. Ferner enthalten beide Nummern theils Originalmittheilungen, theils Referate über neue Untersuchungsmethoden und dann eine vom Bibliothekar im kais. Gesundheitsamt Dr. Würzburg bearbeitete Zusammenstellung der neuen bacteriologischen und parasitologischen Literatur. Allen denjenigen, die sich mit den einschlägigen Forschungen näher beschäftigen, dürfte das neue Centralblatt wohl unentbehrlich sein. H. Buchner.

Strübing Paul, Docent in Greifswald: **Die Laryngitis hämorrhagica.** Mit einer Farbentafel. Wiesbaden bei J. F. Bergmann 1886.

Die Laryngitis hämorrhagica zeigt, wie Verfasser auseinandersetzt, ätiologische und klinische Eigenthümlichkeiten, welche in den Symptomencomplex des gewöhnlichen Katarrhs nicht hineinpassen. Das Characteristische der Affection ist das Auftreten von Larynxblutungen bei unverletzter nicht ulcerirter Schleimhaut, wobei es gleichgiltig ist, ob die Blutung in das Gewebe oder auf die freie Oberfläche der Schleimhaut erfolgt. Geringfügige capillare Blutungen im Verlaufe eines acuten Katarrhs schliesst jedoch Verfasser aus, ebenso die durch Ueberanstrengung der Stimme oder bei Laryngitis sicca entstandenen Blutungen. Auf Grund einer eigenen und mehrerer fremder Beobachtungen schildert nun Verfasser das Krankheitsbild der L. h. ausführlich. Zu einer acuten oder exacerbirenden chronischen Laryngitis treten Hämorrhagien, nachdem der Katarrh in grösserer oder geringerer Intensität eine gewisse Zeit bestanden hat. Meist werden die Blutungen durch starke Exspirationsbewegungen, Husten, Schreien, Pressen, Würgen hervorgerufen, sie können aber auch bei völliger Ruhe des Patienten auftreten. Bald finden sich auf der entzündeten Schleimhaut nur kleine Blutpunkte, oder Streifen im Sputum oder kleine Gerinnsel, bald beträgt die Menge des ergossenen Blutes einen Esslöffel, selbst einen Tassenkopf; die Blutung kehrt in unregelmässigen Intervallen wieder und verschwindet allmählich mit den katarrhalischen Erscheinungen auf der Schleimhaut; die L. h. dauert länger als eine gewöhnliche acute Laryngitis und hat auch Neigung zu Recidiven. Die Intensität des Katarrhs ist nicht massgebend für den Grad der Blutung. Durch die Gerinnsel entsteht namentlich Nachts Dyspnoe, welche einen gefährlichen Charakter annehmen kann; mit der Expectoration der theilweise eintrocknenden Gerinnsel schwindet dieselbe jedoch meist; kleine Gerinnsel haften sehr fest und sind schwer meist nur unter neuer Blutung zu entfernen. In der Aetiologie spielt ausser forcirten Exspirationsbewegungen, Husten, Würgen etc. eine gewisse Alteration, resp. abnorme Brüchigkeit der Gefässe die Hauptrolle.

Therapeutisch ist jeder Eingriff strengstens zu vermeiden, der eine mechanische Reizung der Schleimhaut setzt. Am meisten empfehlen sich reichliche auch zur Nachtzeit vorgenommene Inhalationen, um die Gerinnsel zu lockern und wegzuschwemmen, abwechselnd schleimlösende und adstringirende Mittel; Verfasser versuchte auch Einathmungen von Terpentin und Ol. Eucalypti mittelst des Hausmann'schen Respirators; dabei strengstes Verbot des Sprechens, Milderung des Hustens durch Narcotica, Aufenthalt im gleichmässig temperirten Zimmer, eventuell Ableitung auf den Darmcanal.

Die klar und fleissig gearbeitete Brochüre kann allen, die sich um Kehlkopfkrankheiten interessiren, bestens empfohlen werden; die Ausstattung ist eine noble, die Farbentafel sehr naturgetreu. Schech.

Vereinswesen.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 12. Januar 1887.

Vorsitzender: Herr Badeleben.

Ordentliche Generalversammlung. — Nach dem Bericht des Vorstandes über die Thätigkeit und die finanziellen Verhältnisse der Gesellschaft pro 1886 sowie der Vorlage der Decharge-Erklärung wird die Wahl des Vorstandes vollzogen. Herr Virchow wird mit 155 von 160 Stimmen zum I. Vorsitzenden wiedergewählt, was lauten Beifall der Versammlung hervorruft. Zu stellvertretenden Vorsitzenden werden die Herren Henoch mit 149, Siegmund mit 138 und Bergmann mit 124 Stimmen gewählt. Die übrigen Beamten: Herr Abraham, Herr B. Fränkel, Herr Küster, Herr Senator, Herr Falk, Herr Klein werden unter Acclamation wiedergewählt.

Sitzung vom 19. Januar 1887.

Vorsitzender: Herr Virchow.

Discussion über den Vortrag des Herrn **Nitze: Ueber die physikalischen Untersuchungsmethoden der männlichen Harnblase.**

Herr von Bergmann hatte vor Kurzem Gelegenheit, sich von der praktischen Ausführbarkeit der Untersuchungen mit dem Apparat des Herrn Nitze zu überzeugen. Es handelte sich um einen jungen Mann, der seit 2 Jahren über Harnbeschwerden klagte. Bis dahin hatte er einen kräftigen Strahl klaren Urins entleert. Seit dieser Zeit aber kam sein Urin tropfenweise und mit Unterbrechungen, und nach einer an sich selbst vorgenommenen Untersuchung — der Patient ist selbst Arzt — fand er im Auge des Katheters eine Zotte, die von einem andern Arzt nach genauer Untersuchung als von einer Zottengeschwulst herstammend, diagnosticirt wurde. Die Beschwerden des Patienten nahmen allmählig zu, stärkere Blutungen waren dagegen nie eingetreten, ausser nach Untersuchung mit dem Katheter. Herr Nitze führte sein Instrument ein, und wir bekamen das Gewächs vortrefflich zu Gesicht. Allerdings war dasselbe, wie wir uns später überzeugten, kleiner,

als wir es durch das Endoskop gesehen hatten. Man sah das Flottiren der Zotte ausserordentlich gut, die Geschwulst sass ½ cm vom Orificium urethrae entfernt und es schien, als ob das Gewächs ziemlich breit an der Blasenwand aufsass. Es ist ein angenehmes Gefühl, wenn man zu einer so grossen Operation schreitet, wie die Eröffnung der Blase ist, vorher zu wissen, wo das Gewächs sitzt und wie breit dasselbe ist. Gerade in diesem Falle veranlasste uns die vermeintliche Breite desselben die Sectio alta zu wählen. Bei der Operation zeigte sich allerdings später, dass das Gewächs einen dünnen Stiel hatte, an dem man dasselbe anziehen konnte. Es wurde um die Basis des Stiels eine Ligatur gelegt und damit die Geschwulst abgebunden. Dieser Fall, führte Redner aus, beweist die praktische Brauchbarkeit des Instrumentes, durch welches eine genaue Diagnose gelingt, nicht nur darüber, dass ein Tumor vorhanden ist, sondern auch, wo er sitzt und welche Beschaffenheit er hat.

Herr Nitze fügte noch in einigen Schlussworten hinzu, dass die bei der Untersuchung gemachten Fehler in Bezug auf die Diagnose sich bei spätern Untersuchungen werden vermeiden lassen. Man wird durch verschiedene Lagerung des Patienten, verschiedene Drehungen des Instrumentes mit Sicherheit zu genauer Diagnosestellung gelangen. Hinsichtlich der Lichtquelle möchte er noch bemerken, dass die seinige aus glühendem Platindraht besteht; die Edison'schen Glühlämpchen habe er auch versucht, sei aber von ihnen wieder zurückgekommen, einmal weil sie doch etwas warm werden, sodann weil es ihm einmal passirt sei, dass ihm ein solches Lämpchen in der Flüssigkeit zersprungen sei.

Herr **Bidder: Ueber Abortivbehandlung des Furunkels mittelst parenchymatöser Injection.**

Als ursächliches Moment des Furunkels ist die Einwanderung des Staphylococcus pyogenes aureus nachgewiesen worden. Hüter war schon im Jahre 1873 zu der Ueberzeugung gelangt, dass nicht nur die Blutinfectionskrankheiten, sondern jede Eiterung und Entzündung auf die Einwanderung pathogener Mikroorganismen zurückzuführen seien. Desshalb empfahl er die Injection von Carbolsäure in das entzündete Gewebe, er hatte dabei hauptsächlich die tuberculöse Knochen- und Gelenkentzündung im Auge; aber gerade hier erfüllte die schwache Carbollösung die Hoffnung nicht, aus Gründen, die erst klar wurden, als man die tuberculöse Natur der Entzündung, den Tuberkelbacillus entdeckt hatte. Für die Behandlung des Furunkels dagegen ist diese Erfindung eine recht segensreiche geworden. Redner wendete sie zuerst im Jahre 1875 an. Nachdem er einen eclatanten Erfolg in einem Falle mit derselben erzielt hatte, hat er sie bis jetzt in etwas über 100 Furunkeln ausgeführt. Seine Methode besteht darin, dass er 2 Proc. Carbolsäure in die Furunkel injicirt. Bei kleinen Furunkeln genügt eine einzige Injection mehrerer Tropfen, bei grösseren mache man zwei Einstiche und injicire zwei halbe bis ganze Pravaz'sche Spritzen. Bei den grössten Furunkeln von der Grösse einer halben Männerhand genügen vier Einstiche und eine Injection von vier halben oder ganzen Spritzen. Diese Injectionen werden nur ein einziges Mal gemacht und zwar möge man recht langsam injiciren. Ist die Einspritzung in dieser Weise bewerkstelligt, so bedeckt man die Furunkel nachträglich mit hydropathischen Umschlägen von Carbolsäure; doch ist das nicht gerade nothwendig, es genügt auch ein gewöhnliches Stück Heftplaster aufzulegen.

Die Einstiche sind etwas empfindlich, aber es macht sich bald darauf ein Gefühl von Schmerzlosigkeit bemerkbar. Am folgenden Tage aber ist das Allgemeinbefinden schon besser. Die Entzündung des Infiltrats schwindet ganz rapid, und schon am dritten bis vierten Tage sind die Stichöffnungen mit Granulationen ausgefüllt und nach wenigen Tagen geschlossen. Selbst grösste Furunkeln heilen in 8 bis 10 Tagen völlig.

Die Vorzüge des Verfahrens liegen auf der Hand. Es verschafft diese Methode schnelle und sichere Heilung mit geringster Unannehmlichkeit für den Patienten und mit grösster Annehmlichkeit für den Arzt, da er nach der ersten Injection eigentlich nichts mehr zu thun braucht. Zweitens werden durch diese Methode nach der Schnitt-Behandlung zurückbleibende oft entstellende Narben vermieden. Auf eine Erklärung der Wirkungsweise möchte sich Redner nicht einlassen, doch soviel stehe fest, dass die pathogenen Organismen durch die Carbolsäure entweder direct getödtet werden, oder dass ihnen der Boden für ihre Thätigkeit entzogen wird. Bemerkenswerth ist das schnelle Schwinden des Infiltrats und der Umstand, dass nachträglich niemals eine Nekrose eintritt.

Da die Carbolsäure so gut wirkte, so hatte Redner nicht nothwendig, irgend ein anderes Antisepticum zu probiren.

In der Literatur befindet sich über diese Behandlungsmethode ausserordentlich wenig. In dem 1883 erschienenen Lehrbuch von Behrend steht nichts darüber.

In dem Bardeleben'schen Lehrbuch ist gesagt, dass er von der Abortiv-Behandlung des Furunkels keinen Nutzen gesehen habe und in der neuen Auflage des Königs'schen Lehrbuches von 1885 ist diese Angelegenheit nur kurz berührt. Beiläufig will Redner erwähnen, dass diese Injection auch für Milzbrandfurunkeln passe, nur mit dem Unterschiede, dass es hier nothwendig erscheint, mehrfach wiederholte Injectionen vorzunehmen. Bei den auf einer allgemeinen Disposition beruhenden Furunkeln wie z. B. bei Diabetes muss auch gleichzeitig eine entsprechende Allgemeinbehandlung hinzutreten.

Herr Lassar hat sich zur Behandlung der Furunkel ganz kleine Löffelchen construiren lassen, die den gewöhnlichen scharfen Löffeln ähnlich sind, nur mit dem Unterschiede, dass sie stumpfe Ränder haben. Mit diesem Löffel dringt er behutsam bis zum Grund des Furunkels ein und hebt diesen mit dem Löffel heraus. Gleichzeitig empfiehlt Redner diese Behandlungsmethode mit seinen Löffeln für Panaritien.

Herr von Bergmann bittet dringend, alle Vorschläge der Panaritienbehandlung mit sorgfältiger Kritik aufzunehmen und möchte diese sorgfältige Kritik auch an dem letzten Vorschlag des Herrn Lassar üben. Die Methode des Herrn Lassar hat die Gefahr in sich, dass man nekrotische Fetzen in die gesunden Partien hineinbringt und so zu sagen geradezu neue Herde einimpft. Einer solchen Methode könnten leicht Lymphangoitiden folgen. Es sei ausserordentlich unrecht, dass man sich vor dem bewährten Entspannungsschnitt so sehr scheue; man möge niemals warten, bis Fluctuation da ist, sondern mache sofort den Entspannungsschnitt.

Herr Guttmann hebt hervor, dass Passet nachgewiesen habe, dass der Staphylococcus pyogenes aureus nicht mehr wächst, wenn man zu einer Nährlösung einige Tropfen 5 proc. Carbolsäurelösung hinzusetzt. Er erklärt diese Untersuchung für richtig. Die Einwirkungsfähigkeit des genannten Mikroorganismus wird bereits verhindert, wenn man zu 9 Theilen einer Gelatinelösung einen Theil 5 proc. Carbollösung hinzusetzt und dürfe man mit Sicherheit die Staphylococci pyogen. aureus et albus als die Erreger des Furunkels ansehen. Auch aus diesen Gründen sei die vorgeschlagene Therapie der Herrn Bidder sehr empfehlenswerth.

Verein für innere Medicin zu Berlin.

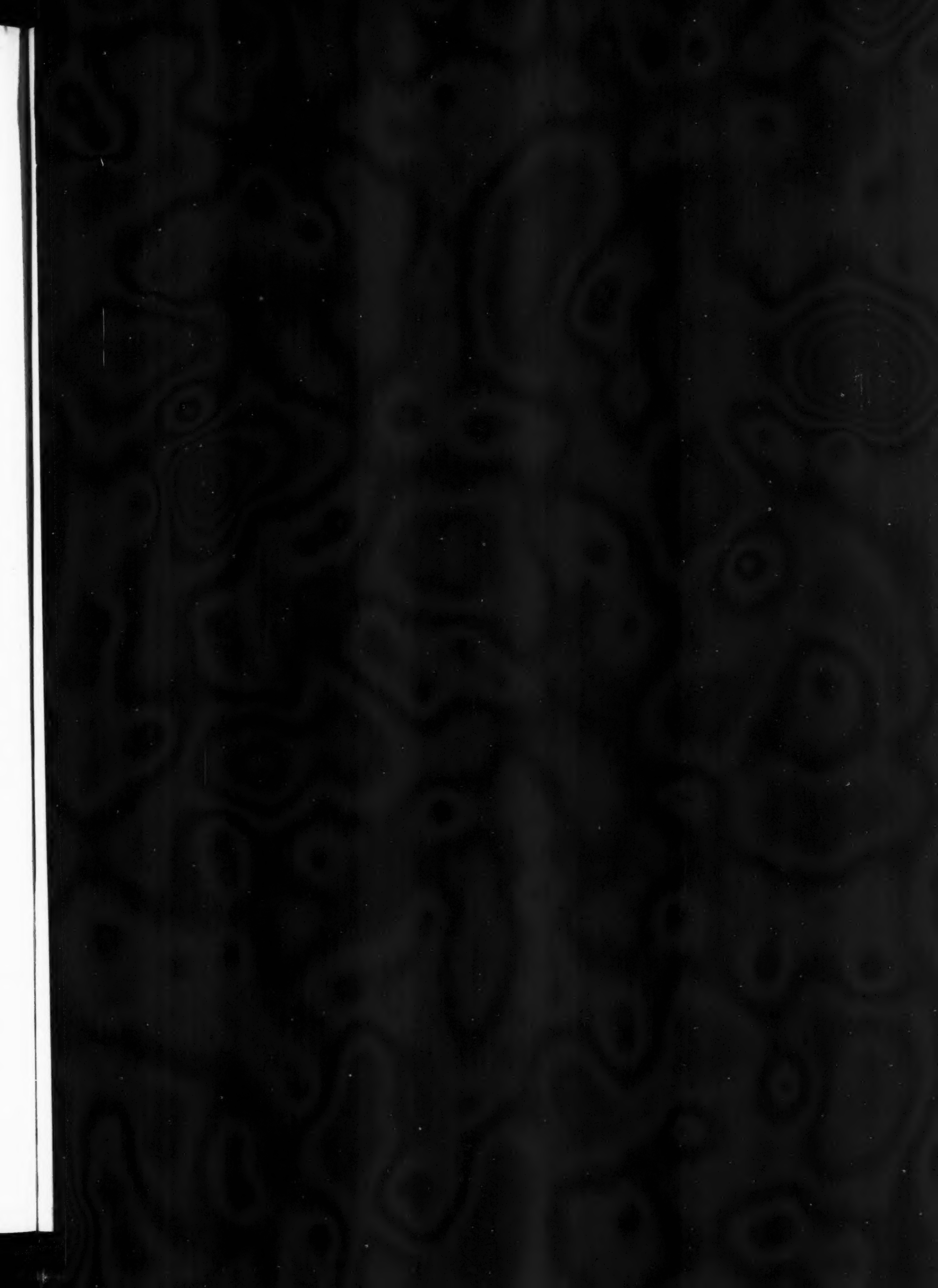
(Originalbericht.)

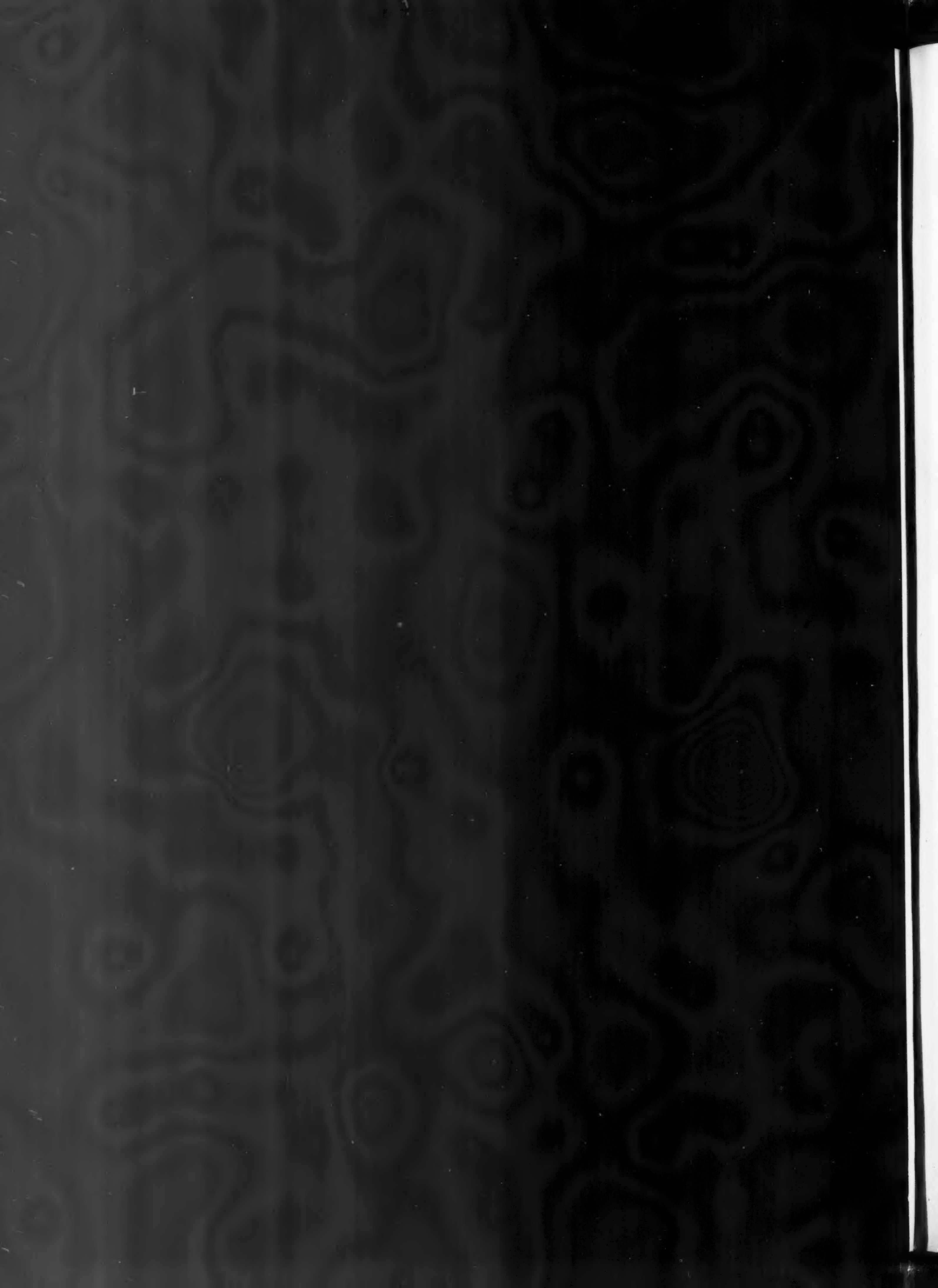
Sitzung vom 9. Januar 1887.

Vorsitzender: Herr Leyden.

Herr **Fürbringer** demonstrirt Präparate eines an Carcinom zu Grunde gegangenen Patienten. Derselbe hatte Schmerzen in der Bauchgegend, die sich auf Druck vermehrten und zeigte Kachexie. Der Darm war aufgetrieben, höchstens fühlte man eine harte Geschwulst; Mastdarm und Magen waren unverdächtig. Die Diagnose lautete auf Carcinom des Dünndarms. Die Section ergab einen Darmkrebs des untern Dickdarms. Das S. romanum war nach rechts hinüber gewandert und hatte sich mit den Darmschlingen festgeheftet. Dieser Darmkrebs war secundär, der primäre sass im Magen und war im Leben vollkommen latent verlaufen. Verschiedene Abschnitte der Darmserosa und des Parietalperitoneums waren eingeschnürt.

Herr **Krakauer** demonstrirt einen Patienten mit **Tracheostenose** nach Tracheotomie, einen Befund, welchen man ver-





hältnissmässig selten in der laryngologischen Praxis zu Gesicht bekommt. Die Frage der Entstehung der Tracheostenose wurde auf der letzten Naturforscherversammlung behandelt. Man nahm damals an, dass die Tracheotomia superior günstigere Bedingungen für die Entstehung der Stenose gebe als die inferior.

Herr Böcker statuirt den vom Redner vernachlässigten Unterschied zwischen Tracheostenosen und Granulationen.

Herr **Fräntzel** demonstrirt anatomische Präparate, welche bestätigen, dass die Heilung der Insuffienz der Aortenklappen eine nicht so absolute Seltenheit ist.

Die Discussion über die Herzvorträge des Herrn Litten werden beendet, an ihnen betheiligt sich nur noch Herr Gerhardt.

Herr **Herrlich** über die **Salolbehandlung des acuten Gelenkrheumatismus.**

Das Salol ist von Nenki entdeckt und dargestellt worden und zur therapeutischen Anwendung wurde es von Sahli für den acuten Gelenkrheumatismus und Masern empfohlen. Wenn die Mehrzahl der antipyretischen Arzneimittel wegen ihrer Complicirtheit nicht im Stande sind, Interesse bezüglich ihrer chemischen Zusammensetzung zu erregen, so begegnen wir im Salol zwei wohlbekannten Stoffen, der Salicyl- und Carbolsäure. Das Salol ist der salicylsaure Phenoläther. Es stellt ein weisses krystallinisches Pulver von schwach aromatischem Geruch dar, das in Wasser unlöslich, in Alcohol und Aether flüssig wird und in Oel leicht löslich ist. Es hat ausgesprochen antiseptische Kraft, ist nach Nencki der Salicylsäure gleichwerthig, wirkt entwicklungshemmend auf Keime, wenn auch nicht sterilisirend wie das Sublimat, es ist ein wirksames Pulver, das um so mehr Vortheile bietet, als es unlöslich ist. Es dürfte fähig sein, das aus andern Rücksichten oft nicht anwendungsfähige Jodoform zu ersetzen. Das Salol zerfällt innerhalb des Organismus in die Salicylsäure und das Phenol und zwar im Verhältniss von 40 Proc. Salicyl auf 60 Proc. Carbolsäure. Diese Zerlegung geht erst im Darm unter dem Einfluss des Pancreassaftes vor sich. Als praktisch empfehlenswerthe Dosis empfehlen sich 6—8 g pro die in Oblaten à 2 g oder comprimirten Tabletten.

Die Behandlung mit diesem Mittel knüpft an die Wünsche der Carbolisirung des Organismus an; es hat etwas überraschendes Carbolsäure in solchen Dosen dem Körper einzuverleiben, was mit der reinen Carbolsäure wegen ihrer toxischen Eigenschaft nicht möglich war. Sahli empfiehlt das Mittel dringend zur Anwendung gegen acuten Gelenkrheumatismus, gegen Neuralgien auf rheumatischer Basis, Erythema nodosum, bei allen Krankheiten, welche dem Rheumatismus nahe stehen, dann bei Diabetes, endlich bei localisirten Affectionen des Darmes (Typhus und Ruhr). Die Erfahrungen des Redners erstrecken sich auf 25 Fälle acuten fieberhaften Gelenkrheumatismus, einiger chronischer Gelenkrheumatismen, einiger Muskelrheumatismen. Die acuten Gelenkrheumatismen werden unter der Salolbehandlung ersichtlich besser, das Mittel wird gut vertragen und zeigt keine übelen Nebenwirkungen; dagegen ist es ebensowenig im Stande wie die bisherigen Antirheumatica Nachschübe, Recidive und endocarditische Complicationen zu verhüten.

(Fortsetzung in nächster Sitzung.)

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 10. Januar 1887.

Herr **Westphal:** 1) **Anatomischer Befund bei einseitigem Kniephänomen.**

Wie Vortragender nachgewiesen, tritt bei Degeneration der Hinterstränge das Verschwinden des Kniephänomens ein, wenn eine bestimmte, von W. »Wurzeleintrittszone« genannte Partie ergriffen wird.

In einem Falle von progressiver Paralyse mit einseitigem Fehlen des Kniephänomens fand sich nun nicht, wie man erwartet hatte, nur eine einseitige Degeneration des Rückenmarkes vor. Es waren vielmehr beide Hinterstränge betroffen, aber links hatte die Degeneration die genannte Zone ergriffen, rechts dagegen nicht. Es ist dies also ein Beweis mehr für die Richtigkeit der Ansicht W.'s, dass dort das Kniephänomen zu localisiren sei. (Demonstration des Präparats.)

2) **Einseitige Atrophie der Hypoglossuskernes.**

Das gleichfalls zur Demonstration vorgelegte Präparat stammt von einem Patienten, der an Ophthalmoplegia externa gelitten hatte. Dazu hatten sich bulbäre Erscheinungen und eine Atrophie der linken Zungenhälfte gesellt. Bei der Section fand sich, dass der rechte Hypoglossuskern gut entwickelt war, während auf der anderen Seite von den charakteristischen grossen Ganglienzellen nur noch Reste vorhanden waren.

Auf eine Anfrage Oppenheim's in Bezug auf den ersten Fall bemerkt Herr Westphal, dass sich die Degeneration durch die ganze Ausdehnung der Hinterstänge erstreckt hatte.

Herr Remak erwähnt einen von Raymond beschriebenen Fall ähnlicher Art wie der zweite W.'s, bei dem aber noch Stimmband- und Gaumensegellähmung vorgelegen und sich p. m. auch eine Atrophie des Vago-Accessorius-Kernes gefunden hatte.

Herr **König: Zwei Fälle von Erkrankungen der motorischen Zone der Hirnrinde.**

1) Ein 33jähriger Mann war im 12. Lebensjahre von einem Wagen auf die linke Kopfseite gefallen, bewusstlos gewesen und in Folge dessen erst nach Monaten wieder im Stande zu gehen und zu sprechen. Es stellte sich eine Demenz ein, die allmählig zunahm. Patient zeigte später Nachschleppen des rechten Beines, leichte rechtseitige Facialisparese, deutliche Spuren motorischer Aphasie, Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit auf der rechten Seite, starken Tremor der Extremitäten bei intendirten Bewegungen, Herabsetzung der groben Kraft der rechten Hand. Die Pupillen reagirten schlecht. Kniephänomen beiderseits vorhanden, nicht gesteigert. Cremasterreflex rechts stärker. Schliesslich völlige Demenz, Reactionslosigkeit der Pupillen etc. Tod an Pneumonie.

Bei der Section fand sich ein über die ganze Dura verbreitetes altes Haematom, chronische Leptomeningitis, Hydrocephalus, Atrophie der Windungen, hochgradige Verschmälerung der beiden linksseitigen Centralwindungen in ihrer ganzen Ausdehnung in Folge von Sklerose, die sich auch mikroskopisch in sehr erheblicher Weise zu erkennen gab. Die Sklerose erstreckte sich auf den hinteren Abschnitt der Stirnwindungen und den benachbarten Theil des Klappendeckels. In den oberen Rindenschichten waren gar keine Ganglienzellen zu sehen, in den unteren vereinzelte, aber atrophisch. Dazu verdichtete Neuroglia, Spinnenzellen in grosser Zahl, starke Kernvermehrung. Auch die übrige Hirnrinde war verändert, aber in etwas anderer Weise: Hier fand sich besonders erhebliche Gefässneubildung, die Ganglienzellen fehlen nicht, waren aber in der Zahl verringert und meistens verändert. Die Tangentialfasern der Centralwindungen waren gar nicht oder doch nur sehr wenig verändert. An der inneren Kapsel sowie am Rückenmark nichts Abnormes.

2) Ein 35jähriger Mann war nach einem Sturz in's Wasser epileptisch geworden. Man konnte vier Arten der Anfälle unterscheiden: einmal reine Schwindelanfälle, dann Abortivanfälle (Kribbeln im Fuss und an den oberen Extremitäten, Hyperextension, zuweilen auch starke Flexion der Finger, Dauer einige Minuten), ferner Zuckungen der ganzen linken Seite, Kopf nach links, Bewusstsein erhalten; endlich Anfälle, bei denen die Zuckungen auf die andere Seite übergehen, nachdem sie links eingesetzt haben, Verlust des Bewusstseins. Im Laufe der Zeit Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit auf der ganzen linken Seite. Die übrigen Gefühlsqualitäten verhielten sich stets normal. Dem Anfall ging regelmässig ein intensives Kältegefühl voraus (vasomotorische Störung). Stauungspapille war nicht nachweisbar. Sehvermögen bis zuletzt normal. Kopfschmerzen traten erst in den letzten Jahren auf und wurden erst in der letzten Zeit excessiv. Der Tod erfolgte plötzlich. Die Section ergab einen Tumor der rechten Hemisphäre, der das Paracentral-

läppchen, die vordere Centralwindung und die anstossenden Partieen der 3. Stirnwindung betroffen hatte. Die hintere Centralwindung war durch die vergrösserte vordere erheblich comprimirt worden. Der Tumor erwies sich als ein äusserst gefässreicher Gliom.

Vortr. zieht aus diesen beiden Fällen folgende Schlüsse;

1) Es genügt eine Läsion der grauen Substanz, um eine motorische Störung hervorzurufen, die darunter liegende weisse braucht nicht erkrankt zu sein.

2) Es können bei Läsion der motorischen Rindenschichte sensible Störungen vorkommen, die nur darauf bezogen werden können.

3) Man kann secundäre absteigende Degenerationen im Rückenmark auch dann annehmen, wenn sie nicht (mit unseren jetzigen Untersuchungsmethoden) nachgewiesen werden können, sofern nur eine genügend lange Zeit nach der ursprünglichen Läsion verstrichen ist.

In der Discussion beanstanden Herr Oppenheim und Herr Westphal die Berechtigung, obige Fälle zur Localisationslehre zu verwerthen, weil es sich in dem einen um gleichzeitige diffuse Veränderungen der Hirnrinde, in dem andern um einen Tumor handelt, dessen Fernwirkung sich nicht berechnen lasse. Auch in Bezug auf den dritten Punkt der Schlussfolgerungen des Vortragenden kann sich R. nicht mit dem Vortragenden einverstanden erklären.

Herr König weist den Einwand gegen seinen ersten Fall damit zurück, dass die locale Sklerose der Centralwindungen die Störungen der gegenüberliegenden Seite genügend erklärt.

Herr Oppenheim berichtet im Anschluss an die von König in seinem Falle beobachtete Thatsache, dass der Augenhintergrund (im zweiten Falle) normal gewesen war, dass er in vielen Fällen von Rindenepilepsie dasselbe gefunden habe. In einem solchen Falle ergab die Section eine gummöse Affection, die von den Hirnhäuten ausgegangen war und die Centralwindungen der betreffenden Seite in Mitleidenschaft gezogen hatte.

Eine Demonstration verschiedener Hirnpräparate mit Heterotopie der grauen Substanz (Herr Otto-Dalldorf) beschliesst die Sitzung. —e.

Aerztlicher Verein in München.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung am 15. December 1886.

Professor **Angerer: Die Heilung des Anus praeternaturalis mittels circulärer Darmresection.** (Mit Krankenvorstellung.) Der Vortrag ist in Nr. 2, 1887 dieser Wochenschrift veröffentlicht.

An der Discussion betheiligte sich Herr Prof. Winckel: Ich möchte mir nur eine kurze Mittheilung erlauben, die in innigem Zusammenhange mit den im Vortrage Angerer's angeregten Fragen steht. Ich assistirte heuer in Amerika Dr. Sell bei einem sehr interessanten Thierexperimente. Sell hatte sich die Aufgabe gestellt, in Fällen von Volvulus die Gefahr zu heben nicht durch Anlegung eines Anus praeternaturalis, sondern durch Anlegung zweier Darmspalten: einer über, einer unterhalb der betroffenen Stelle. Wir haben bei einem Hunde das Experiment in der Weise gemacht, dass ein Darmstück invaginirt wurde. Dann wurde eine Spalte im Ileum und im Dickdarme angelegt und diese Spalten durch Czerny's doppelreihige Naht circulär vereinigt. Das Thier befand sich nach der Operation ganz wohl.

Sell hat ferner in meinem Beisein einen grossen Hund, bei dem er früher einen Volvulus und zu dessen Eliminirung zwei Darmspalten angelegt hatte, mit Cyankali getödtet. Bei der Section zeigte sich, dass das ausgeschaltete Darmstück absolut unverändert war. Wir schnitten ferner die Partien auf, wo die Vereinigung der Darmspalten vorgenommen worden war. Diese war so vollkommen, dass man nicht im Stande war, eine einzige Naht nachzuweisen. Sell hat damit den Beweis geliefert, dass der Darm einem Ausschaltungsverfahren ganz günstig ist.

Professor Angerer: Ich möchte mir nur noch eine Bemerkung über die Herstellung von Sublimatlösungen erlauben. Nimmt man gewöhnliches Wasser, so scheidet sich etwas Sublimat als körniges Pulver aus. Es ist nun gewiss gut, einen Zusatz zum Sublimat zu haben, der ein Ausfallen desselben verhindert. Fürbringer nahm zu diesem Zwecke Essigsäure oder Salzsäure. Nach Schillinger's Versuchen erscheint es uns am besten, etwas Kochsalz zuzusetzen und zwar 1 g zu 1 g Sublimat. Schillinger stellt auch mit sog. Revolverpressen Trochisci her von 1 g Sublimat mit 1 g Kochsalz, die den grossen Vorzug haben, dass im Momente des Gebrauchs das Sublimat sich sehr rasch im Wasser löst.

Prof. Winckel: Wir sind auch auf die Ausscheidungen des Sublimats aufmerksam geworden. Es war uns nur immer auffällig, dass bei unseren Ausscheidungen die Niederschläge immer so roth aussehen wie Ziegelmehl.

Prof. Angerer: Die Ausscheidungen sind immer abhängig von der Einwirkung des Lichtes und der Luft.

Hierauf sprach Herr

Privatdocent Dr. **Stintzing: Ueber Friedreich'sche Tabes.** (Mit Krankenvorstellungen.) Der Vortrag wird in dieser Wochenschrift veröffentlicht werden.

Aerztlicher Lokal-Verein Nürnberg.

Sitzung am 21. September 1886.

(Officielles Protokoll).

Vorsitzender: Herr Dr. Giulini.

Herr Dr. Schilling hielt Vortrag über der lokalen Gewerbe-Argyrie ähnliche Zustände. Der Vortrag erscheint in dieser Wochenschrift als Original-Mittheilung.

Dr. Pauschinger giebt die Krankengeschichte eines Falles von Darmcarcinom bei einem 68jährigen Manne, das zweimal zu Kothbrechen geführt hatte. Unter forcirter Hegar'scher Irrigation, Drastica und Kussmaul'scher Magenausspülung wurde beidemale die Passage wieder frei. Ob die Magenausheberung zu dem Erfolge beitrug, erscheint dem Vortragenden für diesen speciellen Fall zweifelhaft, da abgesehen von etwas Schleim kein weiterer Mageninhalt bei der Ausspülung herausgeholt wurde, weil Patient den übergetretenen Darminhalt spontan durch Brechen entleerte. Im zweiten Anfall erregte das Herz, das in Folge chronischer Myocarditis schon ein halbes Jahr vor der Darmstenose fast den exitus lethalis herbeigeführt hatte, sehr ernste Besorgniss. Gegen die Herzschwäche und gegen den allgemeinen Verfall erwiesen sich hier Ernährungsklystiere mit Kochs'schem Pepton von ganz brillanter Wirkung; Patient erlag schliesslich der durch das Grundleiden bedingten Kachexie. Bei der Autopsie fand sich im Colon descendens ein etwa kastaniengrosses, ringförmiges, ulcerirtes Carcinom, welches das Darmlumen auf Schieferstiftdicke verengt hatte.

Im Anschluss hieran theilt Herr Dr. Maas als Gegensatz zu den Fällen, die sich durch protrahirten Verlauf auszeichnen, einen Fall von Scirrhus ventriculi mit, der bei einem 67jähr. Manne innerhalb dreier Wochen verlief.

Herr Dr. Stich führt als Beweis dafür, dass umfangreiche Magencarcinome hie und da ganz symptomenlos verlaufen können, 2 Fälle an, die er im Hospital z. h. Geist zu beobachten Gelegenheit hatte. Der eine betraf eine 81jährige Frau, bei der die wiederholte genaueste Untersuchung nichts als Bronchialkatarrh und einen gespaltenen Herzton ergab. Kein Aufstossen, Erbrechen u. s. w. deutete auf eine Erkrankung des Magens. Die Section der marantisch zu Grunde gegangenen Patientin ergab ein weiches Magencarcinom, welches den Pylorus jedoch grösstentheils freigelassen hatte. — Der 2. Fall betraf eine 85jährige Pfründnerin, bei der ein derber Tumor die Diagnose auf Carcin. ventric. sicherte. Kein Schmerz, kein Aufstossen, kein Erbrechen. — Die Section bestätigte die Diagnose. Das Netz war an den Magen herangezogen und bildete mit dem Magen einen grossen Klumpen. Auch hier war der Pylorus frei.

Herr Dr. Beckh berichtet über ein 21jähriges Mädchen, das, im 7. Monate schwanger, mit enormen, den Scheideneingang und die grossen und kleinen Schamlippen beiderseits überwuchernden spitzen Condylomen zur Behandlung ins Krankenhaus kam.

Nach blutiger Entfernung der Wucherungen zeigte sich ein vollständiges intaktes Hymen, das nur eine unmittelbar unter den Orificium urethrae liegende für eine Federspule durchgängige Oeffnung zeigte. Die Membran, auf der Hohlsonde gespalten, zeigt auf dem Durchschnitt eine dicke von 3 mm. Der Humor von der Sache war, dass die Jungfrau mit dem unversehrten Hymen wohlgebildete Zwillinge gebar.

Herr Dr. Baumüller demonstrirt an einer durch Kniegelenksresection abgetragenen obern Epiphyse der Tibia eines $4^1/_2$ Jahre alten seit Jahresfrist an fungöser Gonarthritis leidenden Knaben einen typischen tuberculösen ossalen Heerd, dessen Ausdehnung nach der usurirten und mit fungösen Granulationen durchsetzten Knorpelfläche den Weg der tuberculösen Infection des Gelenkes erkennen lässt.

Physikalisch-medicinische Gesellschaft zu Würzburg.

III. Sitzung vom 12. Januar 1887.

Hoffa: Ueber die operative Behandlung grosser Ventralhernien.

Bumm: Ueber Parotitis nach Ovariotomie.

Beide Vorträge werden als Originalien in dieser Zeitschrift abgedruckt werden.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 21. Januar 1887.

Vorsitzender Herr Widerhofer.

Herr **Neusser**[1]): **Ueber Pellagra in Oesterreich und Rumänien.**

Im Folgenden berichtet der Vortragende über die Resultate seiner, im Auftrage des Unterrichtsministeriums unternommenen wissenschaftlichen Erforschung der Pellagra in Oesterreich und Rumänien.

Die Pellagra kommt bei der ackerbautreibenden Bevölkerung, sowohl in der alten als auch in der neuen Welt vor. Sie befällt jede Race, jedes Alter und beide Geschlechter. Kinder zeigen eine gewisse Toleranz gegen Pellagra. — Statistische Daten fehlen bis nun überall; in Oesterreich kommen nach beiläufiger Berechnung des Vortragenden auf 36588 Bewohner Friauls pro anno 1886 — 1068 d. i. circa 3 Proc. Pellagrafälle, worunter 96, d. i. 9 Proc. Irrsinnsfälle, doch stellt sich das Verhältniss für einzelne Ortschaften verschiedener Gemeindegebiete selbst auf 25 Proc. Pellagröser. Was die Lebensweise der Bevölkerung anlangt, ist zu bemerken, dass in Friaul die ärmste Bevölkerung, die sich fast ausschliesslich nur von Maispolenta ernährt, das grösste Contingent für Pellagra liefert, während in Rumänien zwar die unteren Classen der Bevölkerung sich auch von Polenta ernähren, daneben aber auch Milch, Käse, Hülsenfrüchte und theilweise Fleisch essen und trotzdem von Pellagra nicht verschont bleiben. Die Krankheit charakterisirt sich durch eine Reihe von Haut-Darm- und Nervensymptomen und gestaltet sich ihr klinischer Verlauf folgendermassen: Es treten Schwächezustände, Kopfschmerz, Schwindel, Rückenschmerzen, gastro-intestinale Störungen und gleichzeitig zu Anfang des Frühjahres an den entblössten Körperstellen, am häufigsten aber an Hand und Fussrücken Erytheme auf. Nach mehrwöchentlicher Dauer gehen diese Erscheinungen unter gleichzeitiger Abschuppung der erythematöser Hautstellen zurück und die Krankheitsperiode ist scheinbar beendet. Aber im nächsten Frühjahr wiederholt sich die ganze Reihe der Erscheinungen und einzelne treten noch intensiver auf, die Schwäche nimmt zu, die Cachexie, die Diarrhoen steigern sich, es gesellen sich schwere cerebro-spinale Erscheinungen dazu, Krämpfe, Contracturen, häufig mit Muskelatrophie, sowie Sensibilitätsstörungen. In dieser Periode gehen die Leute oft durch Selbstmord oder unter typhösen und meningealen Erscheinungen zu Grunde. Schreitet die Krankheit noch weiter fort, so tritt Herzschwäche ein, der Marasmus steigert sich, es stellen sich Lähmungen der Extremitäten und der Blase, colliquative Diarrhöen, Hydrops ein und die Geistesstörung übergeht in terminalen Blödsinn. Heilung kann zu Beginn der Krankheit nur dann erfolgen, wenn der Kranke den schädlichen Einflüssen entzogen wird. Bei vorgeschrittenem Leiden ist die Prognose quoad valetudinem zweifelhaft. Die Dauer der Krankheit ist eine verschiedene je nach den Umständen und erstreckt sich in manchen Fällen selbst bis auf 10—15 Jahre. Die Reihenfolge dieser Erscheinungen ist nicht immer dieselbe, in der Regel geht, nach Neusser's Ansicht, dem Ausbruche der Erytheme und der meist gleichzeitig auftretenden Nerven- und Darmerscheinungen ein durch gewisse leichte nervöse Symptome charakterisirtes Prodromalstadium voraus. — Die Nervensymptome bestehen in melancholischer Verstimmung, Angstgefühl, Selbstmordgedanken, selten Tobsucht, Hallucinationen, schliesslich Blödsinn. Die sensitiven Störungen bestehen in Kopfschmerzen, Schwindel, Ohrensausen, Nacken- und Rückenschmerzen, Kältegefühl in den unteren Extremitäten, selten Formicationen. Die Sehnenreflexe sind in den meisten Fällen gesteigert, manchmal sind sie an den oberen Extremitäten gesteigert, während sie an den unteren gänzlich fehlen, wie dies bei der progressiven Paralyse der Irren vorzukommen pflegt. Die Motilitätsstörungen äussern sich durch Krämpfe und fibrilläre Muskelzuckungen auf mechanische Reize. Das wichtigste Symptom ist die Hautveränderung. Abgesehen von Pigmentirungen, kommen hauptsächlich die charakteristischen Erytheme in Betracht, welche grosse Aehnlichkeit mit torpiden indolenten Erysipelen haben und vorwiegend an den dem Sonnenlichte ausgesetzten Stellen vorkommen, während die bedeckten und vor der Sonne geschützten Stellen keine Erytheme bekommen. Man könnte daraus schliessen, dass es einfach solare Erytheme auf vulnerabler und schlecht genährter Haut, wie etwa bei Diabetes, sind. Allein mehrere Beobachtungen, die der Vortragende in Görz und in Rumänien gemacht hat, sprechen dafür, dass hier doch neuro-trophische Störungen im Spiele sind und dass der Sonne nur die Rolle einer Cauterisatio provocatoria zukommt. — Die gastro-intestinalen Erscheinungen bestehen in Sodbrennen, Gastralgien, Appetitlosigkeit oder Boulimie, Diarrhöen. Die Zunge ist belegt und zeigt die sog. gerçures, d. i. tiefe Einkerbungen der Zunge zwischen den Papillen die der Zunge das Aussehen eines Schachbrettes geben, worauf der Vortragende grosse diagnostische Bedeutung legt. Das Zahnfleisch ist gelockert. In den Stühlen finden sich oft Parasiteneier (Ascaris, Oxyuris, Trichocephalus, aber nie Ankylostomen). Cuboni sieht in dem in den Stühlen Pellagröser gefundenen Bacterium maidis den Urheber der Krankheit und hält demnach die Pellagra für eine Darmmycose, was sich nach den Untersuchungen Paltauf's nicht bestätigt.

Die Störungen der Sinnesorgane manifestiren sich durch Ohrensausen, Hemeralopie, Diplopie und Herabsetzung des Sehvermögens.

Die Menstruation war in den meisten Fällen normal, Abortus nicht häufig. Milzschwellung kommt in reinen Fällen nicht vor. — Die Pellagra verläuft fieberlos, nur in einem Falle sah Herr Neusser eine Complication mit Typhus, es ist dies eine specielle von italienischen Aerzten beschriebene Form von typhoider Pellagra, welche an die dem Vortragenden von Bamberger persönlich mitgetheilten Fälle von acutem febrilen Marasmus senilis mit vollkommen negativen Befund erinnert.

Complicationen der Pellagra kommen vor mit Typhus, Alkoholismus, am häufigsten mit Malaria, höchst selten mit Tuberculose, aber sehr häufig mit Syphilis. — Pneumonie, Masern, Alkoholismus, Blutungen und Malaria fördern die Pellagra, hingegen wird die Schwangerschaft und das Puerperium von ihr nicht beeinflusst und umgekehrt; aber während der Lactation kommt die Pellagra zum acuten Ausbruch.

Der Vortragende entwirft nun eine Uebersicht der Haupttypen unter denen die Pellagra vorkommt: 1) Als functionelle Geisteskrankheit. 2) Unter dem Bilde einer amyotrophischen Seitenstrangsclerose. 3) Unter dem Bilde der Tetanie. 4) Als Meningitis. 5) Als Gastro-enteritis resp. folliculäre Darmver-

[1]) Assistent der Klinik v. Bamberger's.

schwärung oder Dysenterie. 6) Als chronische Degeneration der Organe mit consecutiver Atrophie derselben. 7) In Form der essentiellen Cachexie resp. Anaemie. 8) Unter dem Bilde des M. Addisoni und zwar auch bei blonden und nichtmalarischen Individuen. 9) Als reine Dermatose, bei welcher die übrigen Störungen nur rudimentär ausgebildet sind. 10) Als Pellagra sine Pellagra d. i. die Ausbildung der übrigen Erscheinungen mit Ausnahme derjenigen der Haut.

Die pathologisch-anatomischen Befunde sind: Trübungen, Verdickungen und Verwachsungen der Meningen des Gehirns und Rückenmarkes. Im Rückenmark Erweichung, Sclerosirung oder Atrophie. Die Ganglienzellen des Sympathicus stark pigmentirt, ebenso wie die Zellen der Spinalganglien, welche mit den von Pellagraerythemen afficirten Hautpartien correspondiren. Häufig Atrophie der Hautnerven des Handrückens, der Leber, Milz und Nieren. Was die Aetiologie der Pellagra anlangt so sprechen zahlreiche Thatsachen dafür dass sie mit dem Genusse von Mais direct zusammen hängt. Auf Grund seiner bisherigen Untersuchungen hält der Vortragende die Pellagra nicht für eine Darmmykose wie dies Cuboni thut, sondern ist von der rein chemischen Natur des Pellagragiftes überzeugt.

Um den Widerspruch zu erklären, dass die verdorbene Polenta in einem Falle als heftiges Gift wirkt, in einem anderen gar keine Vergiftungserscheinung hervorruft, findet sich der Vortragende auf Grund seiner bisherigen Untersuchungen zu der Annahme berechtigt, dass die Pellagra ein Resultat der Wirkung zweier Factoren ist, von denen der eine in der verdorbenen Polenta selbst, der zweite in dem Zustande des Darmes des Polentaessers gesucht werden muss, oder mit anderen Worten gesagt, dass die Pellagra eine intestinale Autointoxication ist, die sich der Vortragende folgendermassen vorstellt: Der verdorbene Mais enthält an sich wohl keine pellagrogenen Gifte, wohl aber Vorstufen resp. Muttersubstanzen derselben. Bei normal fungirenden Verdauungsorganen werden diese Vorstufen verdaut oder ausgeschieden, ohne dem Organismus Schaden zu bereiten. Ist jedoch die Digestion — primär oder secundär — durch Dyspepsien oder Katarrhe, welche vielleicht bei kräftigen Individuen, wenn sie verdorbene Polenta geniessen, erst nach und nach sich entwickeln mögen, während sie bei Individuen, die geschwächt sind durch Elend, Inanition, Lactation, Blutungen, schwere Krankheiten, leicht und manchmal acut zu Stande kommen, — in der Weise gestört, dass die Verdauungssäfte quantitativ oder qualitativ verändert werden, oder dass abnorme Gährungsvorgänge im Darme Platz greifen, dann werden solche im verdorbenen Maise enthaltene ungiftige, oder wenig schädliche Vorstufen zu wahren und heftigen Giften umgestaltet; es träte somit in diesen Fällen eine intestinale Selbstvergiftung ein. Die Umsetzung solch' ungiftiger Vorstufen in wirkliche Gifte könnte unter pathologischen Verhältnissen im Darme durch Oxydation oder Spaltung zu Stande kommen. Eine solche Oxydation würde die theoretisch gedachte Umwandlung des Selmi'schen Acroleinommoniak's mit Hilfe von nitrificirenden Bacterien im Darme zu Nitroglycerin vorstellen.

Wir kennen ja viele nitrificirende Bacterien als: Bacillus prodigiosus, butyricus, Käsespirillen, Typhus- und Milzbrandbacillen und in der That erinnert merkwürdiger Weise der Symptomencomplex bei Nitroglycerin und Amylnitritvergiftung an Pellagra. Es wäre denkbar, dass aus noch toxisch unwirksamen Mengen Acroleinammoniaks resp. anderer Ammoniakglycerinderivate sich hinreichende Mengen toxisch wirksamen Nitroglycerins bilden, da nach Berechnung 1 g Acroleinammoniak circa $4^1/_2$ g Nitroglycerin liefern würde. Die zweite Möglichkeit einer Umsetzung ungiftiger Vorstufen in wahre Gifte wäre durch Spaltung dieser Vorstufen möglich.

Aloë wirkt z. B. für sich in Clysmen nur wie Wasser, aber nach Zusatz von Ochsengalle bewirkt es heftige Reizung und Entzündung des Mastdarms. Auch Amygdalin ist, wie dies Versuche von Widtmann und Denk an sich selbst ergaben, bis auf Dosen zu 4,0 g unwirksam gebieben, während es unter anderen Umständen hie und da selbst in kleineren Dosen heftige Erscheinungen von Blausäurevergiftung hervorgerufen hat.

Das für Katzen fast immer ungiftige Amygdalin zeigte sich nach Lehmann und Kölliker bei Kaninchen stets tödtlich in Dosen von 1,0 bis 2,0 g, weil der Kaninchendarm schon unter normalen Verhältnissen eine das Amygdalin spaltende Substanz enthält. Wenn nun allerdings weder Amygdalin noch Blausäure im verdorbenem Maise und seinen Destillaten nachgewiesen wurde, kann es sich dabei um ähnliche bekannte oder unbekannte Glucoside oder glucosidartige Körper handeln, welche bei ihrer Zersetzung im Darme etwa durch Einwirkung der Milchsäure giftige Stoffe abspalten.

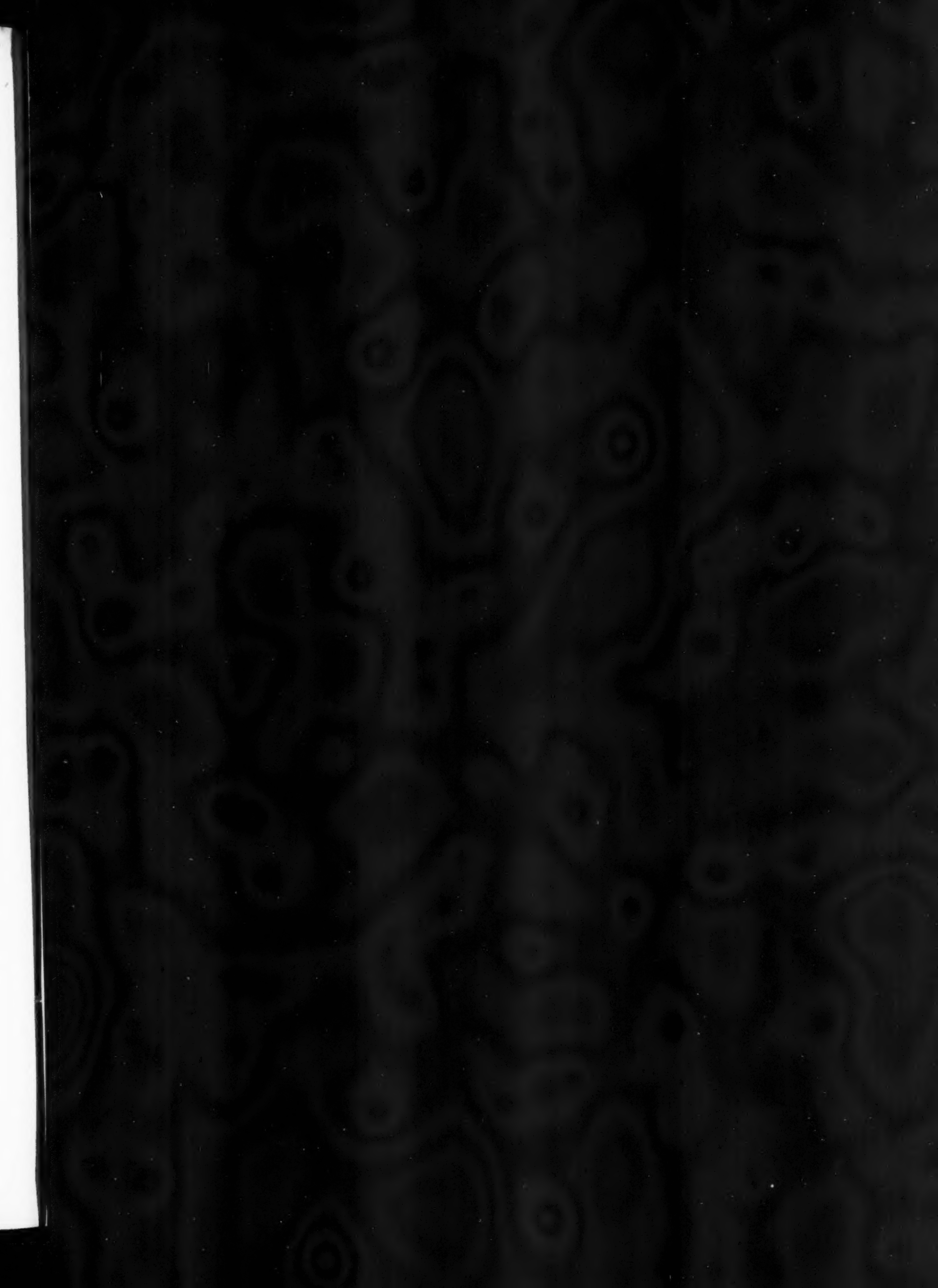
Gerade diese Möglichkeit steht im Einklange mit der Autointoxicationstheorie des Vortragenden. Der Vortragende kommt jetzt auf den wunden Punkt der Pellagrafrage, nämlich auf die Pellagra ohne Mais. — Wenn auch zugegeben werden muss, dass verschiedene zufällig mit Darmkatarrhen und Geistesstörungen complicirte Dermatosen falsch gedeutet werden und den Namen Pseudopellagra verdienen, muss der Vortragende doch auf Grund fremder und eigener Beobachtungen die vollste Ueberzeugung aussprechen, dass Pellagra ohne Mais sicher existirt. Und gerade dieses Moment brachte in die Pellagrafrage eine babylonische Verwirrung: man wusste zwar, dass die Pellagra mit Mais zusammenhänge, man konnte sich aber die Fälle ohne Mais nicht erklären. Daher bildeten sich unter den Pellagralogen zwei Hauptparteien: Die Zeisten als Majorität, die Antizeisten als Minorität. — Obwohl der Vortragende im Princip sich der Majorität anschliessen muss, versucht er doch in nachfolgender Art die beiden feindlichen Lager zu verbrüdern.

Es ist doch auffallend, dass fast alle Pellagrologen dem Alkoholmissbrauch eine gewisse Rolle beim Entstehen der Pellagra zuschreiben. Man spricht immer wieder von Pellagra bei Säufern, von pellagraähnlichen Erythemen bei Säufern und identificirt sogar manchmal die Pellagra mit Alkoholismus, wie z. B. Hardy und auch jetzt noch die spanischen Aerzte, welche nach Mittheilung des Dr. Riedel in der Pellagra nur Alkoholmissbrauch verbunden mit socialen Elend sehen.

Wie soll man sich nun diese Beziehungen zwischen Schnaps und Pellagra erklären? Dass dem Alkoholmissbrauch im Allgemeinen eine fördernde Rolle für das Entstehen der Pellagra zukomme dadurch, dass er Magen und Darmkatarrhe erzeugt und den Organismus entkräftet, ist bereits erwähnt. Er könnte aber auch dem Ausbruch der Pellagra directen Vorschub leisten durch Lösung der im verdorbenen Maise enthaltenen pellagrogenen Körper im Intestinaltractus. Diese fördernde Wirkung des Alkohols kann nur in jenen Fällen in Betracht kommen in welchen die Säufer gleichzeitig verdorbene Polenta geniessen, ist letzteres aber nicht der Fall, so kann man nur annehmen, da ein inniger Causalnexus zwischen Mais und Pellagra besteht, dass nicht jeder, sondern nur der aus schlechtem Mais bereitete Schnaps Träger des Pellagragiftes sei. Es lassen sich dadurch möglicherweise die sporadischen Fälle jener Gegenden erklären, wo Mais weder angebaut noch gegessen wird. — Wenn ein aus verdorbenem Mais bereiteter Schnaps an und für sich im Stande ist Pellagra zu erzeugen, so muss das Pellagragift flüchtig und destillirbar und nach den früheren Betrachtungen als Kern in der Muttersubstanz im verdorbenen Maise enthalten sein, um unter günstigen Bedingungen frei zu werden. — Der Vortragende hat die bisher noch nicht untersuchten Destillate des verdorbenen Mais geprüft. Der Vorlauf des einen aus saurem Maismehl bereiteten Destillates enthielt einen sehr flüchtigen aldehydartigen Körper, der Frösche unter progressiv zunehmender Lähmung und Narcose tödtete. — Der mit Alkalien destillirte verdorbene Mais lieferte ein Destillat, dessen Vorlauf frei von Ptomainen war und gar keine toxischen Wirkungen entfaltete.

Das Auftreten von Aldehyden in den Destillationsproducten führt auf die Idee, dass sie nämlich einfach durch Spaltung höher zusammengesetzter Körper auftreten. — Dies könnte durch Zersetzung der Aldehydharze und der Glucoside möglich sein. — Diese kurz erwähnten Ausführungen über die Destillate des verdorbenen Maises stehen mit der Autointoxicationstheorie des Vortragenden im Einklang.

Zum Schluss schlägt der Vortragende folgende prophylactische Massregeln zur Bekämpfung der Pellagra in Oesterreich vor: 1) Einführung nur derjenigen Maissorten, welche zur voll-



kommenen Reife gelangt sind. 2) Einführung von Trockenöfen wie sie in Italien bestehen mit dem Zwecke den Mais sofort nach der Ernte zu dörren, wodurch derselbe vor Einlagerung in die Magazine vor schädlichen Pilzbildungen bewahrt wird. 3) Errichtung von Magazinen, aus denen der Mais an den Bauer stets im unverdorbenen Zustande ausgefolgt wird. 4) Mit Rücksicht auf die Seltenheit der Pellagra in Mexico, wo zwar verdorbener Mais von der armen Bevölkerung dem gesunden Mais beigemischt wird, aber der ganze Mais vor der Speisebereitung mit Asche oder Kalk gekocht wird, würde es sich empfehlen, die Einführung dieser mexicanischeu Zubereitungsweise in Erwägung zu ziehen. 5) Prüfung und Ueberwachung der Schnapsbrennereien und Bierbrauereien. 6) Anbau anderer Cerealien, namentlich der Hülsenfrüchte. 7) Sorge für gutes Trinkwasser. 8) Einrichtung von Pellagrastaatscolonien. 9) Assanirung der betroffenen Gegenden. 10) Verbesserung der socialen Verhältnisse der dortigen Bevölkerung.

Herr Kaposi dankt dem Vortragenden im Namen der Gesellschaft für seinen lehrreichen und ausgezeichneten Vortrag und bemerkt, dass — da Fälle vorkommen bei Leuten die weder Mais noch Alcohol genossen haben — man annehmen müsse, dass ein der Pellagra ganz ähnlicher Symptomencomplex auch durch andere vom Mais unabhängige Ursachen entstehen kann.

---

59. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Berlin.

Aus der Section für gerichtliche Medicin.

Ungar (Bonn) spricht über die **Bedeutung der Magen-Darm-Schwimm-Probe.**

Er sucht zunächst darzuthun, dass dieselbe auch in solchen Fällen noch das Leben des Kindes beweisen könne, in welchen die Lungen sich luftleer erwiesen. Es könne sich dabei, wie Vortragender auf Grund eigener experimenteller Untersuchungen und der Beobachtungen Anderer an menschlichen Neugeborenen beweist, um drei Möglichkeiten handeln: 1. die Lungen waren lufthaltig und sind wieder luftleer geworden; 2. die Luft konnte nicht in die Lungen gelangen wegen Verlegung der zuführenden Wege; 3. das Neugeborene resp. Frühgeborene konnte wegen Muskelschwäche die Lungen nicht entfalten.

Vortragender bespricht sodann, welche Schlüsse aus luftleerer Beschaffenheit des Magens und Darms gezogen werden dürften. Er zeigt, dass hier 2 Möglichkeiten in Betracht kämen: Es könne überhaupt keine Luft eingedrungen sein und es könne dieselbe wieder verschwunden sein. Zur Erledigung ersterer Frage bespricht Vortragender zunächst die Art und Weise, wie der Gasgehalt in den Magen gelange und weist nach, dass die Kehrer'sche Aspirationstheorie mindestens nicht bewiesen sei. Der Versuch habe ihm bewiesen, dass die Lungen schon lufthaltig geworden sein könnten, ehe der Magen lufthaltig geworden. Sodann könne, wie ihm der Thierversuch bewiesen habe, auch die Luft wieder völlig aus dem Magendarmtractus resorbirt werden, man dürfe also keinesfalls aus geringem Luftgehalt des Magendarmtractus ein längeres Gelebthaben ohne Weiteres ausschliessen. — Jedenfalls verdiene aber die Magen-Darm-Schwimmprobe mehr Beachtung, als ihr bisher zu Theil geworden sei.

Ungar: Ueber Nachweis der Spermatozoen in angetrocknetem Sperma.

Redner empfiehlt zum sichersten Nachweis von Samenfäden zwei Methoden, deren eine: Einlegen des betreffenden Streifens von Leinwand, u. dgl. in Aq. destill., dem 2 Tropfen Salzsäure zugesetzt. Darstellung von Trockenpräparaten wie für Erkennung von Mikroorganismen; Färbung in Eosin und Anilin-Lösung mit Hämatoxylin.

2) die andere: Einlegen des Untersuchungsobjectes in eine Lösung von Methylenfarbstoff mit Zusatz von Salzsäure. Dann kommt es zu einer ziemlich isolirten, charakteristischen Färbung der Spermatozoen.

Auf eine Anfrage des Herrn Seydel gibt Herr Ungar an, bis zu 9 Monaten alte Flecke in jener Weise erfolgreich untersucht zu haben. Auf Anfrage des Herrn Falk bemerkt Herr Ungar, systematische Untersuchungen über das Verhalten den Spermatozoen ähnlicher Gebilde bei jenen Färbemethoden nicht vorgenommen zu haben.

Liman: Ueber den Werth der Mumification für die Diagnose der Arsenik-Vergiftung.

Redner will zwar die Mumification nicht als ein sicheres Zeichen der Arsenikvergiftung gelten lassen, aber auch nicht die jüngste diesbezügliche Angabe, welche von Zaaijer herrührt, unterschreiben, nach welchem letzteren die Mumification bei Arsenikleichen sogar seltener sei, als bei anderen alten Cadavern. Redner berichtet von einem streitigen Falle, bei welchem das Ergebniss der chemischen Untersuchung von späteren chemischen Begutachtern angezweifelt wurde, und dem Befunde von Mumification an der exhumirten Leiche eine besondere Bedeutung zukommen müsste.

In der Discussion erwähnt u. A. Herr Wallichs (Altona), dass er in einem unzweifelhaften Falle von Arsenik-Vergiftung Mumification an der ausgegrabenen Leiche wahrgenommen habe.

Heller (Kiel): **Ueber die Bedeutung der congenitalen Lungen-Syphilis für die gerichtliche Medicin.**

Ausser der schon seit Jahren namentlich durch die Arbeiten von F. Weber und Virchow bekannten weissen Hepatisation oder alveolären Lungenaffection syphilitischer Neugeborener hat Redner eine interstitielle Pneumonie als häufige Erscheinungsform congenitaler Syphilis beobachtet. Makroskopisch sind die Lungen meist lufthaltig, stellenweise dichter anzufühlen, die dichten Stellen dunkelgrauroth, in gleichem Niveau mit den gesunden Gewebspartien. Unter dem Mikroskop gewahrt man eine deutliche Verdickung der interalveolaren Strata. Dabei entwickelt sich eine Capillarhyperplasie. Daneben finden sich mitunter auch Gummata. Die Lebensdauer der Kinder kann nach Minuten oder Stunden, aber auch nach Tagen oder Wochen zählen.

Manchmal genügt das Hinzutreten einer geringen Bronchitis, um den Tod herbeizuführen. Wie die Erfahrung des Vortragenden lehrt, kann bei solchen Kindern, die meist unehelich und ohne Pflege, der Verdacht gewaltsamen Todes sich erheben und nur an der Hand genauer Kenntniss des besprochenen Krankheitsprocesses entkräftet werden.

Auf eine bezügliche Anfrage des Herrn Falk erklärt der Vortragende, dass jener interstitielle Process auch so diffus, ausgedehnt wie die weisse Hepatisation vorkommen kann. Eine Localisation dieser beiden Processe in der nämlichen Lunge hat Redner gleichfalls beobachtet. Auch an Lungen Todtgeborener hat er den interstitiellen Process wahrgenommen; da sich bei dieser Affection die Lungen aufblasen lassen, so wird sie nicht so leicht zur Ursache von Todtgeburt.

Die mikroskopischen Präparate werden demonstrirt.

Aus der Section für Laryngo- und Rhinologie.

Stoerk (Wien) bespricht die **Behandlung des Empyems der Highmorshöhle** — und zwar auf dem natürlichen Wege durch die Nasenhöhle mittelst Einspritzungen von adstringirenden Flüssigkeiten. Stoerk wendet hierzu kleine Nasenspritzen an, die am Ende des Röhrchens entweder eine kleine gekrümmte Spitze haben, oder wenn man mit dem Spritzenhäkchen nicht hineingelangt, nehme man eine gerade Röhre, welche seitlich eine kleine Oeffnung hat, durch welche unter einem rechten Winkel die medicamentöse Flüssigkeit in die Highmorshöhle gelangt.

Im Gegensatze hierzu steht die von Mikulicz auf dem letzten chirurgischen Congresse vorgeschlagene Durchbohrung der unteren Muschel und der Wand des Oberkiefers.

Discussion: Tornwaldt spricht sich gegenüber Stoerk dahin aus, dass Empyem der Kieferhöhle durchaus nicht selten ist, und dass Ziem wenigstens in der Behauptung Recht hat, dass ohne die gewöhnlichen Symptome der Kieferhöhleneiterung doch eine solche bestehen kann. Doch scheinen ihm die Symptome für einen solchen chronischen Eiterungsprocess vorläufig noch so dunkle und unsichere zu sein, dass die Anbohrung der Kieferhöhle zunächst nur den Werth einer Explorativoperation hat.

Guye (Amsterdam) hat auch, hauptsächlich angeregt durch die Veröffentlichung Ziem's, in mehreren Fällen von chronischem und von acutem Empyem der Highmorshöhle, welche oft nur das Symptom der Ozaena zeigten, das Antrum angebohrt, und zwar in einigen Fällen mit sehr gutem Erfolge. Es wurde dann sehr viel putrider Eiter entleert. Er hält dieses Machen einer Gegenöffnung, durch welche eine gründliche Durchspülung ermöglicht wird, für zweckmässiger wie die von Prof. Stoerk empfohlene Einspritzung in das Foramen maxillare hinein.

Bayer (Brüssel) empfiehlt, die natürliche Oeffnung in der Nasenhöhle der Fossa sigmoidea zu erweitern, wozu sich der Galvanocauter sehr empfiehlt, worauf es dann genügt, den Patienten sich mit herabhängenden Kopf auf den Bauch legen zu lassen, um die Highmorshöhle zu entleeren in Verbindung mit antiseptischen Einspritzungen. Er führt einen exquisiten Fall von Empyem der Highmorshöhle an, welchen er auf diese Weise in kurzer Zeit zur vollkommenen Heilung gebracht hat, und hat auch bei anderen Fällen die Methode sich ausgezeichnet bewährt.

Schlesinger (Dresden) erwähnt, dass er in einer grösseren Reihe von Fällen, namentlich im letzten Jahre, angeregt durch die Ziem'sche Veröffentlichung Empyem der Highmorshöhle gesucht resp. operirt hat. Er citirt 4 Fälle von Operation bei Rhinitis atrophicans foetida (betreffend 3 Patientinnen) wo jede Spur Eiter fehlte und jeder Erfolg ausblieb. — Bei wirklich vorhandener Oberkieferhöhlen-Eiterung oder Jauchung, die er in 4 Fällen bei 4 Patientinnen operirte, wo der Eingriff vorzüglichen Erfolg hatte und ursprünglich jedes Schulsymptom fehlte, führt am sichersten allerdings eine Methode zum Ziel, die mit der mitgetheilten Stoerk'schen im Widerspruch steht: breite Eröffnung des Alveolarfortsatzes, dass das Antr. Highmor. nach chirurgischen Grundsätzen durchspült werden kann; die alleinige Befreiung des Ausführungsganges von Eiter genügt gewöhnlich schon desshalb nicht, weil trotz nachgewiesener Durchgängigkeit und Entleerung die chronische Eiterung fortbesteht.

Stoerk erhält das Schlusswort und betont, dass er über das Empyem der Highmorshöhle im acuten Zustand gesprochen und nicht über Ozaena putrida.

Reichert (Rostock) bespricht nach kurzer historischer Erörterung der bisher bei der **chronischen Tracheitis und Bronchitis** angewendeten Therapie und der neueren auf die örtliche Behandlung der Trachea und der Bronchien gerichteten Bestrebungen zunächst die Aetiologie der chronischen Tracheitis, ihr häufiges Vorkommen als Complication einer chronischen Laryngitis oder Bronchitis, ihr äusserst seltenes Auftreten als idiopathisches, für sich bestehendes Leiden, ihr öfteres Vorkommen bei Struma, Aneurysmen der Aorta oder Anonyma und Herzfehlern, ihre sehr häufige Combination mit chronischem Catarrh der Lungenspitzen. Als Symptome werden häufigerer Husten und ein dem Verlauf der Trachea entsprechendes Schmerz- resp. Druckgefühl erwähnt, ferner eine in 4 Fällen beobachtete umschriebene Verdickung der Trachealschleimhaut im Bereiche des oberen Drittheils der hinteren Wand. Zur Behandlung der chronischen Tracheitis im Bereiche der oberen Hälfte des Trachealrohres werden Einstäubungen medicamentöser Flüssigkeiten wie schwächere Mischungen von Ol. Eucalypti (2 Proc.), von Mentholpfeffermünzöl (1/2 Proc.), eventuell aber auch kleinere Quantitäten einer 10—20 proc. Tanninlösung mit dem von dem Vortragenden construirten Einstäubungsapparat, gegen die chronische Tracheitis in der unteren Hälfte des Trachealrohres laryngoskopische Einspritzungen einer 2 proc. Eucalyptusöl- oder 1/2 proc. Mentholpfeffermünzölmischung, einer 5 proc. Lösung von Natron benzoic., von 1/4 proc. Chlozinklösung oder von verdünn-Kalkwasser empfohlen; für die Einspritzungen bei chronischer Bronchitis hält der Vortragende 1/4 proc. Chlorzinklösung mit oder ohne Zusatz von 2 Proc. Ol. Eucalypti am zweckmässigsten.

W. Lublinski (Berlin): **Ueber Laryngitis sicca s. atrophica.** Eine seltenere Form des chronischen Kehlkopfkatarrhs kann die Laryngitis sicca zumeist als eine Folge der sehr verbreiteten Pharyngitis sicca s. atrophica, welche sich auf den Larynx fortsetzt, angesehen werden. Redner hat diese Complication unter 400 Fällen nur 17 mal beobachtet. Indem er daher die Beschreibung des trockenen Rachenkatarrhs vorausschickt, pflichtet er bezüglich dieses Processes der Ansicht Mackenzie's bei, welcher sie als die Folge eines exsudativen Katarrhs betrachtet. Der chronisch hyperämische Zustand, in dem sich die erkrankten Rachenpartien befinden, hat meistens schon längere Zeit bestanden, ehe der Kranke Hilfe sucht. Die Kranken sind gewöhnlich behaftet mit Störungen im kleinen Kreislauf, sei es in Folge von Herz- oder Lungenfehler, sei es durch Stockungen in den Unterleibsorganen. Redner schildert ausführlich das pathologische Bild, welches sich bei der Untersuchung bietet: es ist hauptsächlich charakterisirt durch die Ueberproduction des Schleimdrüsensecretes, welches sich aus den erbsengross gewordenen Granulis absondert, der umgebenden Schleimhaut aufliegt und hier verdunstend allmählig die Rachenwand, Tonsillen, Tubenwülste etc. als lederartige Auflagerung verdeckt. Während nun bei der eigentlichen granulösen Pharyngitis dieser Zustand sich chronisch erhält, tritt bei der trockenen Form des Rachenkatarrhs nach und nach ein atrophisches Stadium ein, in welchem die granulösen Erhebungen sich abglätten und die Schleimhaut verdünnt wird. Diese Verdünnung ist namentlich bei der rhinoskopischen Untersuchung auffallend, indem das ganze Cavum pharyngo-nasale vergrössert erscheint. Venöse Ectasien kennzeichnen den Grad der Atrophie. Die Drüsensecretion sistirt theilweise, eine Hauptursache des grossen Trockenheitgefühls im Rachen, welcher »wie mit Firnis überzogen erscheint«. Derselbe Process spielt sich bei der Laryngitis sicca ab. Lublinski glaubt nicht an ihr primäres Vorkommen. Ihr Beginn ist langsam, die Kranken klagen über Trockenheit im Halse, laryngealen Stridor. Später gesellen sich stärkere Athembeschwerden hinzu, es kostet Mühe, durch starkes Räuspern die Borken zu entfernen. Diese Borken sind das Wesentliche bei der Laryngitis sicca, sie beeinflussen vor Allem auch die Stimme. Sind sie entfernt, so ist die Stimme klar, werden die Stimmbänder längere Zeit geschont, so kommt es leichter zur Borkenauflagerung und damit zur Stimmlosigkeit. Das Laryngoskop zeigt uns bei diesen Fällen einen auffallenden atrophischen Zustand der Schleimhaut. Die schmale Epiglottis ist mit venösen Ectasien bedeckt, grau- bis grüngelbliche Borken sitzen an ihrem Stiele und an den aryepiglottischen Falten, auch zwischen ihnen, manchmal die Stimmritze ganz verschliessend.. Alles zeigt sich blass und atrophisch, nicht selten kommen praktische Störungen dazu. Ueber den weiteren Verlauf ist Lubinski nur durch einen Fall belehrt worden. Dort sah er die Larynxschleimhaut in ihrer ganzen Fläche atrophisch, stark verdünnt, die Taschenbänder stark verschmälert, ebenso die Stimmbänder, deren Beweglichkeit gehemmt war. Parese der musc. thyreoarytenoid. und des m. aryten. Unter den 17 beobachteten Kranken befanden sich 13 weibliche, die meisten hatten in ihrer Jugend an Scrophulose gelitten.

Behandlung: Gegen die Pharyngitis sicca empfiehlt Verf. methodische und ausgiebige Anwendung von leichten Aetzmitteln, Entfernung der Borken mit in schwache alcoholische Lösung getauchte Wattetampons und dann Pinselung mit 3—5 Proc. Lugol'scher Lösung. In leichten Fällen wirkte erfolgreich Aluminium acet. tart. in 30—50 proc. Solution. Die Behandlung der Laryngitis geschieht am besten mit Pinselung von 2—3 proc. Chlorzinklösung, der 10 Proc. Glycerin beigemischt ist, täglich 2—3 Monat lang, nach welchem Termin L. Genesung sah. Bei Anämischen Jodeisen innerlich. (Referent hat in zahlreichen Fällen von Pharyngitis sicca nachhaltige Wirkung von mehrwöchentlich fortgesetzten Inhalationen mit lauer Kochsalzlösung (Sodener Wasser Nr. I) gesehen. Die gleichzeitige klimatische und Trinkcur mag das Uebrige gethan haben.) Haupt-Soden.

Coën (Wien): **Ueber eine neue Behandlungsmethode des Stotterns.**

Der Vortragende bespricht die bisher übliche Therapie des Stotterns und erwähnt weiter sein neueres Verfahren, welches darin besteht, die Kranken im flüsternden Tone durch einige Tage sprechen zu lassen, sodann in einem mehr vernehmbaren Tone und schliesslich nach der musikalischen Scala suc-

cesiv steigend, bis die Tonhöhe der Rede jenen Grad erreicht hat, welcher den individuellen Stimmmitteln der Patienten entspricht.

Verschiedenes.

(Vertheilung der Aerzte in Deutschland.) Nach der neuesten Zusammenstellung in Börner's Reichsmedicinalkalender pro 1887 gibt es in Deutschland 16,292 Aerzte. Es kommt demnach bei einer Bevölkerungszahl von 46,840,587 durchschnittlich ein Arzt auf je 2875 Menschen. Auf die wichtigsten Einzelstaaten vertheilen sich die Aerzte folgendermassen:

	Zahl der		Aerzte : Einwohner
	Einwohner	Aerzte	
Preussen . . .	28313833	9347	1 : 3029
Bayern . . .	5416180	1973	1 : 2745
Sachsen . . .	3179168	1156	1 : 2750
Württemberg . .	1994849	614	1 : 3248
Baden . . .	1600839	685	1 : 2336
Hessen . . .	956170	414	1 : 2309
Elsass-Lothringen .	1563145	496	1 : 3151

In den deutschen Städten mit mehr als 100,000 Einwohnern ist die Zahl der Aerzte und deren Verhältniss zur Zahl der Einwohner wie folgt:

	Zahl der		Aerzte : Einwohner
	Einwohner	Aerzte	
München . . .	260005	333	1 : 780
Leipzig . . .	170076	214	1 : 794
Strassburg . . .	112020	118	1 : 949
Stuttgart . . .	125906	127	1 : 991
Frankfurt a. M. . .	154504	154	1 : 1003
Dresden . . .	245515	240	1 : 1023
Königsberg . . .	151177	141	1 : 1072
Breslau . . .	299405	273	1 : 1096
Berlin . . .	1320000	1193	1 : 1106
Hannover . . .	139746	122	1 : 1145
Cöln	161270	135	1 : 1194
Düsseldorf . . .	115183	79	1 : 1458
Magdeburg . . .	114298	76	1 : 1503
Nürnberg . . .	114632	72	1 : 1592
Hamburg . . .	518712	319	1 : 1629
Danzig . . .	114822	69	1 : 1664
Bremen . . .	118150	64	1 : 1846
Altona . . .	104719	46	1 : 2276
Elberfeld . . .	106500	40	1 : 2662
Chemnitz . . .	110808	38	1 : 2916
Barmen . . .	103066	33	1 : 3123

Bei diesen Zahlen ist nun zu berücksichtigen, dass das Verzeichniss des Börner'schen Kalenders unter den Universitätsstädten auch die nicht praktisch thätigen Mitglieder der medicinischen Facultäten aufführt. Legt man der Berechnung z. B. für München die im Münchener Adressbuch pro 1887 enthaltene Zahl (286) der »Praxis ausübenden Civil- und Militärärzte« zu Grunde, so ergibt sich ein Verhältniss von Aerzten zur Bevölkerungszahl wie 1 : 909. Da für Leipzig wohl eine ähnliche Reduction einzutreten hätte, so bleibt München der für die Collegen zweifelhafte Vorzug unbestritten, von allen grossen deutschen Städten mit Aerzten am reichlichsten versorgt zu sein.

(Zahl der Aerzte in England.) Nach Churchill's Medical Directory, dem grossbritannischen Aerztekalender, waren Ende 1886 in den vereinigten Königreichen 22,316, in England und Wales 17,395, in London 4729, in Schottland 2448, in Irland 2473 Aerzte. Es kamen somit auf je einen Arzt in den vereinigten Königreichen 1645, in England und Wales 1602, in London 877, in Schottland 1613 und in Irland 1976 Menschen. In Britisch-Australien kommen auf einen Arzt auch nur 1862 Menschen. (Prag. med. W.)

(Wahrung des Amtsgeheimnisses.) In Wien und Paris haben fast gleichzeitig gewisse, auf bessere Wahrung des Amtsgeheimnisses abzielende Bestrebungen einiges Aufsehen erregt. Während in Wien der Unterrichtsminister in einem Erlasse fordert, dass über die Berathungen und Beschlüsse des Professoren-Collegiums fürder strenge Discretion bewahrt werde, hat ein auf die ärztliche Discretionspflicht bezügliches Buch des Dr. Brouardel in Paris viel von sich reden gemacht und ist demselben sogar die Ehre zu Theil geworden, in den Leitartikeln grosser politischer Blätter eingehend besprochen zu sein. Mehrere nahezu gleichzeitige höchst peinliche Vorkommnisse in der besseren Gesellschaft von Paris veranlassten Dr. Brouardel in der erwähnten Schrift nachzuweisen, dass die erregte öffentliche Meinung sich in einem argen Irrthume befinde, wenn sie es den Aerzten gar so sehr verarge, dass diese selbst in Fällen, wo sie wissen, dass durch ihre Verschwiegenheit grosses Unheil über eine Familie hereinbrechen könne, sich nicht veranlasst finden, jenen Eidschwur zu brechen, welcher ihnen in Bezug auf die Geheimnisse ihrer Pflegebefohlenen die Wahrung der strengsten Discretion als heilige Pflicht auferlegt. Um aber so traurige Vorkommnisse, wie sie durch die unverantwortliche Gewissenlosigkeit mancher Männer veranlasst werden, nach Möglichkeit zu verhüten, schlägt Dr. Brouardel ein Mittel vor, welches in der That beachtenswerth ist. Wenn die Eltern eines Mädchens, welches eine Ehe einzugehen gedenkt, irgendwie beunruhigt sind über den Gesundheitszustand ihres Schwiegersohnes in spe und sich an den Arzt des letzteren wenden, so wird dieser stets und unbedingt seine Discretionspflicht zu wahren haben; es muss ihm aber gestattet sein, den Eltern den Rath zu ertheilen, sie mögen von dem zukünftigen Eidam ein hausärztliches Zeugniss verlangen über seine Tauglichkeit zum Eingehen einer Ehe. Hiedurch wird es ihnen in allen Fällen möglich sein, sich vor Unglück zu schützen. Das Schweigen des Arztes werde von nicht misszuverstehender Beredsamkeit sein und auf die Statistik der hereditären Syphilis in sehr reducirendem Sinne einwirken . . . (Int. klin. Rundschau.)

Therapeutische Notizen.

(Zur Behandlung der Diphtherie) empfiehlt, wie früher schon mitgetheilt (d. Wochenschrift 1886, Nr. 37), Dr. Delthill Terpentin- und Theerdämpfe. Er verfährt folgendermassen: Ein Gemisch von 1 k Gastheer, 8 Esslöffel voll Terpentinöl, 8 g Benzoeharz und 100 g Cajeputöl, oder ein Gemisch von 200 g Gastheer und 80 g Terpentinöl oder auch Terpentinöl allein wird im Zimmer des Kranken verbrannt. Es erzeugen diese Dämpfe keinen Hustenreiz und werden sowohl vom Kranken als seiner Umgebung gut ertragen. Sie lösen die Exsudatmassen auf und hemmen bei Beginn der Diphtherie deren Weitergreifen; sie unterstützen die Tracheotomie, wenn es überhaupt hiezu kommt und sichern den Erfolg derselben; sie schützen die Umgebung des Kranken vor Ansteckung. Die Académie de médecine zu Paris sprach Dr. Delthill für diese Neuerung in der Diphtheriebehandlung ihre Belobigung aus.

Diese Behandlungsweise wurde nun von Dr. Schenker in Aarau (Schweiz. Corr.-Bl. 1886, 18) weiter geprüft und modificirt. Obwohl nur schwerere Fälle, wo neben Rachenauflagerungen auch Ergriffensein des Kehlkopfes zu constatiren war, damit behandelt wurden, waren die Erfolge doch sehr günstige (5 Todesfälle unter 36 Fällen), so dass Sch. die Methode lebhaft empfiehlt.

Die Modificationen Sch.'s bestehen darin, dass er statt des Theers, der lästigen Russ erzeugt, nur Ol. terebinth. rectif. verwandte. Er liess davon alle 3—5 Stunden je 30—40 g bei geschlossenen Fenstern und Thüren verbrennen; nach Ablauf einer halben Stunde wurden die Fenster geöffnet und das Zimmer gut gelüftet. Einige Male liess er das Terpentinöl durch einen Dampfspray neben dem Bette des Kranken zerstäuben, was sehr gute Erfolge hatte und für Patient und Umgebung viel angenehmer war. Auch die innerliche Darreichung versuchte Sch. (10 Tropfen bis 1 Kaffeelöffel voll 1—3 mal täglich in Milch, Zuckerwasser oder Schleim) mit gutem Erfolg, doch sind diese Fälle nicht rein, da die Terpentindämpfe dabei fortdauerten. Im Uebrigen war die Behandlung eine antipyretische und roborirende (kalte Einwickelungen, kühle Bäder, Antipyrin, Natron salicyl., Alcohol).

Bei allen Diphtheriekranken konnte man schon nach 1—2 Stunden eine deutliche Erleichterung der Respiration beobachten. Am 2., 3. Tage wurden die diphtheritischen Auflagerungen des Rachens und der Tonsillen loser und schliesslich wurden diese Membranen gelöst, um ausgeworfen oder verschluckt zu werden.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 24. Jan. Medicinalrath Dr. Arnsperger, der bisherige Vertreter des Wahlkreises Karlsruhe-Bruchsal im Reichstag, hat persönlicher Verhältnisse halber die Wiederannahme eines Mandats abgelehnt.

— Dem Physikus und Sanitätsrath Dr. Scheube wurde die Stelle eines Directors des Gouvernementshospitales in Sappuro, Hauptstadt der japanesischen Insel Yesa, unter glänzenden Bedingungen angetragen.

— Folgende ärztliche Honorarrechnung gelangte kürzlich zur Entscheidung durch das Reichsgericht. Ein Hamburger Arzt hatte einen an Nervosität leidenden Patienten 445 mal galvanisirt, ohne den gewünschten Erfolg zu erzielen. Der Arzt beanspruchte für jeden Fall 5 M. Honorar, also 2225 M. Dies war dem Patienten, einem Kaufmann, zuviel. Das Landgericht entschied nach einem Gutachten des Medicinal-Collegiums, dass jedenfalls nach 50 Sitzungen der Arzt den Kranken

hätte fragen sollen, ob die zweifelhafte Cur fortgesetzt werden solle. Das Reichsgericht war jedoch der Ansicht, dass es Sache des Patienten gewesen wäre, die Fortsetzung der Galvanisirung bei seinem Arzte abzubestellen, und fand die Höhe der Rechnung in Ordnung.

— Medicinische Bücherproduction im Jahre 1886. Unter 16,253 Werken inclusive Neuauflagen, welche im Jahre 1886 in Deutschland neu erschienen sind, befanden sich 1016 medicinischen Inhalts, während auf die Naturwissenschaften 1044 treffen.

— Cholera auf Schiffen. Auf italienischen Schiffen sind während ihrer Fahrt von Buenos Aires nach dem Mittelmeer 45 Cholerafälle vorgekommen. Die Schiffe haben eine 20tägige Quarantaine im Lazareth Asinora durchzumachen. — Nach zuverlässigen Mittheilungen ist die Cholera in sämmtlichen Gebieten der argentinischen Republik ausgebrochen und hat derartige Dimensionen angenommen, dass der schweizerische Bundesrath zur Zeit vor der Auswanderung nach diesem Lande zu warnen sich veranlasst gesehen hat.

— Der französischen Deputirtenkammer ist ein auf die Ausübung der ärztlichen Praxis in Frankreich sich beziehender Gesetzentwurf vorgelegt worden. Nach dem Inhalt desselben können ausländische Aerzte, gleichgiltig welcher Nationalität, in Frankreich nur dann practiciren, wenn sie die daselbst obligaten strengen Prüfungen bestanden haben. Wenn auch in besonders berücksichtigenswerthen Fällen gewisse Erleichterungen gewährt werden können, so darf sich dieser Dispens doch niemals auf sämmtliche Prüfungen erstrecken.

(Universitäts-Nachrichten.) **Basel.** Der Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie Dr. J. J. Bischoff, hat aus Gesundheitsrücksichten seine Entlassung genommen. — **Breslau.** Dem ordentlichen Professor der Ophthalmologie Dr. R. Förster wurde der Charakter als Geh. Medicinalrath verliehen. — Im neuen Etat ist bereits die für die hiesige Universität neu creiirte ordentliche Professur für Hygiene vorgesehen, für welche Prof. Flügge in Göttingen nunmehr definitiv berufen wurde. — **Halle.** Geheim. Medicinalrath Prof. Olshausen erhielt einen Ruf nach Leipzig, wo sich das Directorium der geburthilflichen Anstalt durch den bevorstehenden Rücktritt Credé's erledigt. — **Leyden.** Der Assistent am academischen Krankenhaus, Dr. H. Treub, wurde als Nachfolger des kürzlich verstorbenen Prof. Simon Thomas zum Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie ernannt. — **Neapel.** An der Universität wird ein Lehrstuhl für orthopädische Chirurgie begründet. — **Paris.** Chevreuil, der 100jährige Professor am Museum für Naturgeschichte hat seine Entlassung genommen. — **Wien.** Hofrath Prof. Billroth wurde zum Mitglied des österreichischen Herrenhauses ernannt; bisher war die Wiener medicinische Facultät nur durch Prof. Brücke im Herrenhause vertreten.

(Todesfall.) In Bonn starb am 1. ds. einer der angesehensten dortigen Aerzte, Sanitätsrath Dr. J. Kalt.

Personalnachrichten.

(Bayern.)

Ernennung. Der ordentliche Professor der Chirurgie und chirurgischen Klinik an der Universität Würzburg, Hofrath Dr. Karl Schönborn, zum Generalarzt II. Cl. à l. s. des Sanitätscorps.

Versetzt. Assistenzarzt II. Cl. Dr. Ebstein des 1. Ulanen-Reg. in den Beurlaubtenstand des Sanitäts-Corps.

Abschied bewilligt. Den Stabsärzten Dr. Schäffer (Ansbach) und Dr. Grundler (Neustadt a./WN.), dem Assistenzarzt I. Cl. Dr. Braun (Würzburg), sämmtlichen mit der Erlaubniss zum Tragen der Uniform; den Stabsärzten Dr. Hermann (München I.) und Dr. Esser (Kaiserslautern); den Assistenzärzten I. Cl. Dr. Krah (Aschaffenburg), Dr. Renner und Willigens (Zweibrücken).

Pensionirung. Der Leibchirurg des Höchstsel. Königs Ludwig II. k. Geheimrath Dr. Max Schleiss von Löwenfeld auf Grund zurückgelegter 70. Lebensjahre in den dauernden Ruhestand versetzt.

Ordensverleihung. Dem bayerischen Staatsangehörigen Dr. Chr. Friedr. Hermann Schneider, kaiserlich deutschen Marine-Assistenzarzt I. Cl., wurde für den k. preussischen Rothen Adlerorden IV. Cl. mit Schwertern die Erlaubniss zur Annahme und zum Tragen ertheilt.

Versetzung. Der k. Bezirksarzt Dr. Karl Gessele von Garmisch auf Ansuchen nach Laufen.

Niederlassung. Dr. Lor. Hornung als prakt. Arzt zu Wörth a./M.

Gestorben. Dr. Ludwig Schnog, prakt. Arzt zu Frammersbach. Dr. Wagner, prakt. Arzt in Rothenburg a./I.

Erlediget. Die Bezirksarztesstelle I. Cl. in Garmisch.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 2. Jahreswoche vom 9. bis incl. 15. Januar 1887.

Bevölkerungszahl 262,000.

Zymotische Krankheiten: Pocken — (—*), Masern und Rötheln 1 (—), Scharlach 3 (1), Diphtherie und Croup 3 (4), Keuchhusten — (1), Unterleibstyphus — (1), Flecktyphus — (—), Asiatische Cholera — (—), Ruhr — (—), Kindbettfieber — (—), andere zymotische Krankheiten — (1).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 103 (129), der Tagesdurchschnitt 14.7 (18.4). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 19.9 (24.9), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 15.2 (18.3), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 13.2 (17.0).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Sterblichkeit der Vorwoche.

Zusammenstellung der wichtigsten Krankheiten, welche im Regierungsbezirke Schwaben und Neuburg im November 1886 von 117 Aerzten beobachtet wurden.

Physikat	Typhus		Intermittens		Puerperalfieber		Dysenterie		Cholera epid.		Variola		Scarlatina		Morbilli		Tussis convuls.		Meningitis cer. spinalis		Diphtherie und Croup		Parotitis epidem.		Erysipelas. Rose.		Pleuritis		Pneumonie		Tuberculosis		Rheumatis. artic. acut.		Morbus Brightii		Scrophulosis		Ophth. blenn. neonat.		Zahl der mitarbeitenden Aerzte
	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	
Augsburg, Stadt	2	1	—	3	—	1	—	—	—	—	—	=	1	1	—	—	2	5	—	—	—	9	—	2	1	2	—	1	6	5	7	1	8	3	—	—	—	3	—	—	9
Augsburg, Land	—	1	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	5	5	3	—	—	2	3	2	9	13	1	2	—	—	—	—	3	2	1	—	4
Dillingen	4	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	4	4	—	—	1	2	—	—	14	19	2	—	3	2	—	3	11	12	—	—	2	2	1	—	1	—	—	—	9
Donauwörth	—	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	3	2	—	—	—	—	2	2	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	6
Füssen	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Günzburg	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	4	2	—	—	1	—	—	1	1	4	—	—	—	—	—	1	3	3	3	1	—	1	—	—	—	2	—	—	5
Illertissen	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	4	1	6	5	—	—	—	—	—	—	2	—	4	3	8	3	2	2	1	—	—	—	3	1	—	—	5
Kaufbeuren	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—	1	-	1	—	—	2	2	—	—	—	1	1	1	6	10	2	—	2	3	1	—	—	—	—	—	5
Kempten	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2	—	2	—	—	1	—	—	—	—	—	—	2
Krumbach	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	3	2	1	3	6	—	—	1	4	1	1	2	—	1	1	3	1	1	1	—	1	—	—	—	1	—	—	6
Lindau	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1	—	—	—	—	—	—	2	3	—	—	—	2	—	1	1	2	4	7	4	5	—	—	—	1	—	—	12
Memmingen	1	3	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	1	1	36	28	—	—	—	—	2	3	—	3	1	2	2	1	8	2	2	2	3	8	1	—	1	—	—	—	11
Mindelheim	2	3	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	5	7	4	13	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	3	5	1	—	1	1	—	1	2	—	1	1	3
Neuburg a. D.	—	2	1	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	1	—	3	2	—	—	—	1	1	4	5	6	5	4	4	2	3	2	1	2	2	2	7
Neuulm	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	1	—	—	5	1	—	—	1	—	—	1	2	—	3	1	2	2	1	—	—	—	—	—	4
Nördlingen	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	3	2	3	—	1	—	—	13	10	—	—	—	3	1	5	9	4	3	4	3	3	—	—	—	—	—	—	6
Oberdorf	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1	—	—	2	2	3	3	5	5	3	1	1	2	—	—	1	1	—	1	5
Sonthofen	1	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	4	—	—	—	3	1	1	6	1	1	3	—	—	1	—	1	—	—	1	7
Wertingen	6	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	17	9	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	1	6	2	4	1	4	—	—	1	—	—	—	—	—	—	5
Zusmarshausen	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	11	—	—	—	1	—	—	2	2	1	1	2	—	—	—	—	—	—	—	4
Summa	19	18	2	6	—	19	—	—	—	—	—	—	36	27	50	41	18	37	1	1	65	81	6	6	14	23	25	33	94	77	45	32	33	35	8	3	13	13	4	5	117
	37		8		19		--		—		—		63		91		45		2		114		12		37		58		171		77		68		11		26		9		

Verlag von Jos. Ant. Finsterlin in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.